Rok XLV. Kraków 24 Marca 1906. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Przemiana chlorofilu w ustroju zwierzęcym.

Podał

Prof. Dr. L. Marchlewski.

Przemiany, jakim podlega barwik krwi w ustroju zwierząt wyższych są, jak wiadomo, dość dokładnie zbadane, aczkolwiek nie wszystkie odnośne twierdzenia są należycie doświadczeniami uzasadnione. Blizki stosunek barwików żółciowych do barwika krwi nie ulega wprawdzie żadnej wątpliwości, ale korelacya urobiliny i barwików żółciowych i sposób powstawania jej, jak również natura hydrobilirubiny, nie są dostatecznie wyjaśnione.

Wobec udowodnionego chemicznego pokrewieństwa pomiędzy barwikiem krwi i chlorofilem, sprawa przemiany chlorofilu w ustrojach zwierzęcych wydawała mi się szczególnie interesującą, a badania w tym kierunku podjąłem pomimo istniejących już licznych wzmianek innych autorów, jakoby produkty przemiany chlorofilu w ustroju zwierzęcym były identyczne z tymi, które wytwarzają się z niego *in vitro*, pod wpływem mniej lub więcej silnych kwasów. Badaniu poddałem przedewszystkiem kał zwierząt trawożernych w przewidywaniu, że znaczne masy chlorofilowe, poddane działaniu redukcyjnemu bakteryi w kiszkach, mogą dać ciało, identyczne z urobiliną lub przynajmniej bardzo do niego zbliżone, lecz pomimo rozmaitych prób nie udało mi się stwierdzić jej obecności z pewnością. Natomiast spotkałem się z innem ciałem, które na pierwszy rzut oka ma wiele podobieństwa do skatocyaniny Schuncka, ale które przy dokładniejszem badaniu okazało się stanowczo od niego różnem. Związek, przezemnie otrzymany, który nazwałem filoerytryną, mógł być odróżniony od skatocyaniny Schuncka tylko na zasadzie badań spektroskopowych, gdyż według opisu Schuncka ciało przez niego wyosobnione odróżnia się od znanych pochodnych chlorofilowych przez bardzo charakterystyczne widma absorpcyjne.

Filoerytrynę otrzymałem w sposób następujący: Świeży kał krów, karmionych paszą świeżą zieloną bez żadnych innych domieszek, wyciągano chloroformem. Roztwór otrzymany posiadał barwę oliwkowo-zielono-brunatną; odparowano go na kąpieli wodnej, przyczem niejednokrotnie podczas odparowywania, albo też po ochłodzeniu i dłuższem staniu bardzo gęstej pozostałości, wydzielały się kryształki fioletowe, silnie polyskujące. W celu oddzielenia tych kryształków od innych ciał, po części bezbarwnych, mazistych, prawdopodobnie ciał tłuszczowych, pochodzących z trawy, jak również od innych barwików ciemno-oliwkowo-zielonych, traktowano pozostałość naprzód ciepłym chloroformem, który usuwał łatwo nieczystości, pozostawiając kryształki filoerytryny w zupełnie niemal czystym stanie. W celu dalszego oczyszczenia wyciągano kryształki kilkakrotnie wrzącym alkoholem, w którym rozpuszczają się one nadzwyczaj trudno i wreszcie przekrystalizowywano dwukrotnie w chloroformie. Ze względu na nadzwyczajnie małą rozpuszczalność filoerytryny w tym rozpuszczalniku, z chwilą gdy znajduje się ona w stanie znacznej już czystości, proceder ten jest dość uciążliwy i uskutecznie się najlepiej w aparacie Soxhleta. Otrzymane w ten sposób drobne kryształki są dobrze ukształtowane i mają postać rombów i romboidów. W masie mają one barwę ciemno-brunatno-czerwono-fioletową, pojedyncze zaś kryształy, oglądane przez mikroskop, jasno-brunatną.

Rozczyn w chloroformie ma barwę wiśniową, fluorescencyi nie zauważono. Stężone rozczyny powodują w widmie trzy smugi, więcej zaś rozcieńczone cztery, których położenie odpowiada następującym długościom fal:

Smuga I: λ—642—640
„ II: λ—606—581
„ III: λ—577—557
„ IV: λ—536—515.

Pierwsza smuga jest bardzo niewyraźna, jasna i wązka, wyraźnie widzieć ją można tylko w stężonych rozczynach. Druga i trzecia smuga zlewają się w stężonych rozczynach w jedną, w rozcieńczonych zaś druga smuga znajduje się na linii D i jest jaśniejsza, lecz szersza, od smugi trzeciej. Wreszcie smuga czwarta, położona za E, jest jeszcze jaśniejsza od smugi drugiej. Smugi te można więc uporządkować wedle stopnia intenzywności w sposób następujący:

III, II, IV, I.

Skatocyanina Schuncka powoduje, badana w chloroformowym rozczynie, pięć smug, ułożonych w sposób podobny do smug filocyaniny, różni się więc zasadniczo od filoerytryny.

Widmo, powodowane przez rozczyn filoerytryny w kwasie octowym, niewiele się różni od widma rozczynów chloroformowych. Barwa jego różni się także nieznacznie, posiada tylko nieco błękitniejszy odcień. Pierwsza smuga, słaba bardzo w przypadku rozczynu chloroformowego, wydaje się w rozczynie octowym jeszcze słabszą, zaledwie widzialną. Druga i trzecia smuga zajmują mniej więcej to samo położenie, jak w rozczynach chloroformowych, nie różnią się jednak od siebie tak wyraźnie natężeniem, a trzecia smuga obdarzona jest od strony, zwróconej ku fioletowej części widma, dobrze zarysowanym cieniem. Czwarta smuga wreszcie w zieleni różni się mało od odpowiedniej smugi rozczynu chloroformowego. W długościach fal absorbowanych promieni, położenie smugi można wyrazić jak następuje:

Smuga I: λ—około 640
„ II: λ—604—585
„ III: λ—575—558
„ IV: λ—531—518.

Skatocyanina E. Schuncka posiada według tego badacza, w rozczynie octowym całkiem odmienne widmo. Pierwsza smuga silna znajduje się na linii D, czwarta na linii E, a pomiędzy niemi są jeszcze dwie smugi. Pod wpływem kwasu solnego widmo i barwa rozczynu octowego filoerytryny zmienia się w sposób bardzo charakterystyczny. Barwa staje się mianowicie błękitno-fioletową (w oświetleniu sztucznem czerwoną), a w widmie, o ile rozczyn jest dostatecznie rozcieńczony, zauważyć można cztery smugi w całkiem odmiennem położeniu, jak poprzednio. W pomarańczowej części widma występują teraz dwie delikatne wązkie smugi, za linią D widzimy smugę silną, a wreszcie w zieleni niewyraźną smugę dość szeroką:

Smuga I: λ—625—615
„ II: λ—615—606
„ III: λ—584—556
„ IV: λ— około 536 (źle zarysowana).

W stężonych rozczynach pierwsza i druga smuga zlewają się, a brzeg prawy drugiej smugi zbliża się do linii D, jednocześnie smuga czwarta staje się wyraźniejsza.

W stężonym kwasie siarkowym filoerytryna rozpuszcza się barwą zieloną i pod tym względem przypomina skatocyaninę Schuncka.

Co się tyczy pochłaniania promieni światła o falach krótszych, to badając bardzo rozcieńczone rozczyny filoerytryny w chloroformie metodą fotograficzną, otrzymałem dwie smugi, jedną tuż przed linią kβ, a drugą poza tą linią. Przy dalszem rozcieńczeniu otrzymuje się tylko smugę przed kβ. Co się tyczy chemicznych własności filoerytryny, to z powodu bardzo niewielkich ilości, jakiemi rozporządzałem, dokładnych badań przeprowadzić nie mogłem. Stwierdziłem tylko, że w ługach nie rozpuszcza się wcale, lecz pomimo to daje z solami ciężkich metali związki, odznaczające się charakterystycznemi widmami. Zachodzi tu więc albo tworzenie się zwykłych soli, albo też soli podwójnych, na podobieństwo tych, które wytwarza filocyanina. Rozczyn filoerytryny po dodaniu rozczynu octanu cynkowego zabarwia się na zielono (w świetle odbitem barwa jest czerwona). W widmie występują trzy smugi w położeniu następującem:

I: λ—628—603
II: λ—575—558
III: λ—533—517

z nich pierwsza jest najsilniejsza, najsłabsza zaś jest trzecia.

Analogiczne ciało otrzymuje się przez działanie octanu miedziowego na filoerytrynę.

Filoerytryna posiada zresztą także własności zasady, jak to wypływa z powyżej opisanego zachowania się jej spektralnego.

Porównywając ogólne własności tej nowej pochodnej chlorofilu, dochodzimy do wniosku, że stoi ona w blizkim jakimś stosunku do filoporfiryny, z którą, jak wiadomo, spokrewniona jest hematoporfiryna.

Że wreszcie filoerytryna w istocie pochodzi od chlorofilu, a nie od barwika krwi, wypływa z tego, że kał krów, karmionych paszą, niezawierającą chlorofilu, filoerytryny nie zawiera.

Sprawa filoerytryny przyjęła niespodziewany obrót pod wpływem przypuszczenia, wypowiedzianego w liście prywatnym do mnie przez byłego prof. chemii fizyologicznej Owens College w Manchester p. Gamgee, który porównywając podany przezemnie opis filoerytryny z opisem cholehematyny, odkrytej przez Mac Munna, doszedł do wniosku, że oba ciała są prawdopodobnie identyczne. Praca Mac Munna nie była mi znaną, a o cholehematynie nawet obszerne podręczniki nie zawierały wzmianki, a jest to jednak ciało, które szczególnie angielskich badaczów często zajmowało.

Mac Munn znajdował cholehematynę tylko w żółci zwierząt trawożernych i to nie zawsze, Heynsius zaś i Campbell sądzą, że występuje ona też w żółci ludzkiej i wieprzowej. Przypuszczenie Gamgeea wydawało się w istocie bardzo prawdopodobne wobec analogii widm mojej filoerytryny i cholehematyny. Przytaczam tu pomiary nad położeniem smug absorpcyjnych tych dwu barwików według moich i Mac Munna oznaczeń:

	Filoerytryna:	Cholehematyna:
Smuga I:	λ—642—640	λ—649 (środek smugi)
„ II:	λ—606—581	λ—613—585
„ III:	λ—577—557	λ—577·5—561·5
„ IV:	λ—536—515	λ—537—521·5.

Pragnąc identyczność tych dwu ciał stwierdzić z bezwzględną pewnością, próbowałem otrzymać cholehematynę w stanie czystym według metody, która doprowadzała do celu w przypadku filoerytryny. Okazało się atoli, że w warunkach mojej pracowni zadanie to jest niewykonalne, albowiem ilość cholehematyny w żółci bydlęcej jest tak znikomo mała, że chcąc otrzymać jej choć parę miligramów w stanie krystalicznym, należałoby przerobić kilkadziesiąt litrów żółci, czego wówczas zrobić nie mogłem. Musiałem się zadowolnić otrzymaniem mniej lub więcej czystych rozczynów chloroformowych cholehematyny i porównać je z takimiż filoerytryny. Wynik był tylko częściowo zadowalniający. Gdy zgodność smug w mniej załamanej części widma była całkowita, to w części pozafioletowej zauważyć było można dość znaczną różnicę, która mogła być wprawdzie wywołana przez zanieczyszczenia cholehematyny, ale która wyłączała jednak wniosek stanowczy o identyczności obu ciał. Zdawało się wobec tego, że sprawa identyczności filoerytryny i cholehematyny pozostanie na dłuższy czas w zawieszeniu, przypadek przyszedł mi jednak z pomocą. Przeglądając literaturę, odnoszącą się do barwików żółciowych z ostatnich kilku lat, spotkałem się z pracą Löbischa i Fischlera nad bilipurpuryną, rzekomo nowym barwikiem, wyosobnionym z żółci bydlęcej. Badacze ci wyosobnili ową bilipurpurynę w stanie krystalicznym, a własności jej fizyczne i chemiczne bardzo przypominały własności mojej filoerytryny. Tylko własności optyczne, widmowe, zdawały się być zupełnie inne. Pomimo to podobieństwo wydawało mi się tak wielkie, że zwróciłem się do prof. Löbischa w Insbrucku z prośbą o przysłanie mi małej próbki krystalicznej bilipurpuryny; prośbie tej uczyniono zadość. Porównanie bezpośrednie obu barwików okazało zupełną ich identyczność, własności widmowe bilipurpuryny zbadane były błędnie przez wspomnianych badaczów, okazało się bowiem, że widm bilipurpuryny nie można zupełnie odróżnić od widm filoery-

tryny i to zarówno w części mniej załamanej widma, jak w pozafioletowej.

Stwierdzono więc identyczność filoerytryny i bilipurpuryny, że zaś ostatnia jest identyczną z cholehematyną Mac Munna, to wobec analogii obu metod wyosobnienia tych barwików i ich pochodzenia nie może ulegać żadnej wątpliwości. Löbisch i Fischler mają jednak niezaprzeczoną zasługę w tem, że po raz pierwszy wyosobnili cholehematynę w stanie zupełnie czystym z żółci.

Pozostało jeszcze ważne jedno pytanie do rozstrzygnięcia, mianowicie, czy cholehematyna (filoerytryna lub bilipurpuryna) rzeczywiście pochodzi od chlorofilu, a nie jak inne barwiki żółci, od barwika krwi? Za przypuszczeniem pierwszem przemawia już fakt, wyżej wspomniany, że filoerytryna jest obecną w kale zwierząt trawożernych tylko wtedy, gdy się je karmi paszą świeżą zieloną. Ponieważ jednak w najlepszym nawet razie wyosobnienie filoerytryny z kału jest zadaniem dość uciążliwem i trudnem, więc temu dowodowi zbyt wielkiej wagi nadawać nie chciałem, — a postanowiłem rozstrzygnąć tę sprawę metodą, wolną od jakichkolwiek zarzutów. Metodą taką jest badanie składu żółci, wydzielanej pod wpływem różnych rodzajów pokarmów, która w zastosowaniu jest łatwą, jeżeli się ma zwierzę z przetoką żółciową. Prof. Cybulskiemu zawdzięczam barana z przetoką żółciową, a wyniki mych badań były następujące: Najpierw poddano badaniu żółć podczas karmienia barana świeżą trawą. Żółć była barwy czerwono-brunatnej i wykazywała nawet w stanie surowym smugi cholehematynowe. Częściowe wyosobnienie barwika uskuteczniłem w sposób następujący: Żółć odparowano do sucha na kąpieli wodnej, a do pozostałości dodano alkoholu. Przesącz od ciał białkowych odparowano ponownie, a pozostałość rozpuszczono w wodzie, zakwaszono kwasem siarkowym i nie zwracając uwagi na utworzoną mleczną zawiesinę, wykłócono płyn eterem. W eterze rozpuścił się barwik czerwony; po przemyciu tego roztworu wodą w celu usunięcia kwasu siarkowego odparowano eter, a pozostałość rozpuszczono w małej ilości wrzącego alkoholu. Z otrzymanego roztworu po pewnym czasie wydzielił się czerwono-brunatny osad, który zebrano na sączku i przepłukano kilkakrotnie alkoholem. Osad ten przedstawia stosunkowo czystą cholehematynę, dającą odczyny czystej filoerytryny lub bilipurpuryny. D. 5 czerwca przerwano żywienie trawą świeżą, a rozpoczęto karmić barana pokarmem, niezawierającym chlorofilu. D. 6 czerwca wieczorem odpuszczono po raz pierwszy w tym drugim okresie doświadczenia żółć i badano dnia następnego. Kolor żółci był tym razem zielony, a w widmie jej nie zauważono smug cholehematynowych, natomiast stosunkowo ciemną smugę w czerwieni, której położenie odpowiadało długościom fal λ 619—λ 655. Eter, dodany do tej żółci, nie wywołał żadnej zmiany w zabarwieniu, ale pod wpływem jego znikła wspomniana smuga w czerwieni, a wystąpiły smugi cholehematynowe. Żółć tę odparowano na kąpieli wodnej, dodano alkoholu i sączono. Przesącz miał barwę zielono-żółtą; odparowano go ponownie do sucha, rozpuszczono w wodzie, zakwaszono kwasem solnym i wyciągnięto eterem. Eterowy roztwór miał teraz barwę żółtawą, a w widmie jego zauważyć było można tylko dwie najsilniejsze smugi cholehematynowe. Eter znów odparowano, a pozostałość rozpuszczono w bardzo małej ilości chloroformu. Barwa otrzymanego roztworu była żółto-brunatnawą, a w widmie obecne były tylko trzy smugi cholehematynowe, czwartej w części pomarańczowej brakowało.

Następną próbę żółci pobrano dnia 8 czerwca wieczorem i badano dnia następnego, stosując tę samą metodę, jak poprzednio. Cholehematyna jeszcze była obecną, ale w bardzo nieznacznych ilościach. Dnia 10 czerwca ponownie odpuszczono żółć, a cholehematynę oznaczyłem kolorymetrycznie w sposób następujący: Jeden miligram czystej filoerytryny rozpuściłem w 100 cm. sz. chloroformu, i z roztworem tym porównywałem siłę zabarwienia roztworu cholehematyny, wyosobnionej z żółci. Okazało się, że w tym przypadku ilość cholehematyny, zawarta w całej ilości żółci mogła wynosić najwyżej 0·0005 g. Żółć, pobrana dnia 13 czerwca, zawierała jeszcze mniej cholehematyny, a pobrana dnia 15. okazała się nareszcie zupełnie wolną od tego barwika, natomiast zauważyłem obecność innego w następujących warunkach. Pierwszy eterowy roztwór, otrzymany, jak wyżej opisano, dał po odparowaniu zieloną mazistą substancyę, która rozpuściła się z takąż barwą w chloroformie. W widmie tego roztworu smug cholehematyny nie było zupełnie, a natomiast zauważyłem smugę w czerwonej części widma, która znikała pod wpływem kwasu solnego, przyczem jednocześnie barwa zielona roztworu ustępowała miejsca żółtej. Wiadomo, że biliwerdyna nie wywołuje żadnych smug w widmie, zauważony więc tutaj barwik nie mógł być z nią identyczny.

Dnia 17 czerwca zaczęto karmić barana ponownie świeżą trawą, a pierwszą próbę żółci odpuszczono dnia 20 i badano dnia następnego. Ilość żółci przy karmieniu trawą świeżą była znacznie większa, niż w okresie karmy bezchlorofilowej (owies zaparzany), barwa żółto-brunatna, a w widmie jej bez żadnych wstępnych zabiegów występowały smugi cholehematynowe. Począwszy od 21 do 26 czerwca żółć zbierano i w całej ilości oznaczono ilość cholehematyny kolorymetrycznie; znaleziono około 0·008 g.

Znaczenie tych doświadczeń jest zupełnie jasne: nie może już teraz ulegać żadnej wątpliwości, że barwik, nazwany przez Mac Munna cholehematyną, a przez Löbischa bilipurpuryną, a który, jak wykazałem, jest identyczny z filoerytryną, zjawia się w żółci zwierząt trawożernych tylko wtedy, gdy są karmione świeżą trawą zieloną. Wniosek ztąd, że cholehematyna (bilipurpuryna) pochodzi od chlorofilu, a nie od hemoglobiny, aczkolwiek wobec udowodnionego chemicznego pokrewieństwa tych dwu biologicznie najważniejszych barwików, cholehematyna i barwik krwi także nie mogą być zupełnie sobie obce.

Badanie powyższe nie wyczerpuje oczywiście bynajmniej zagadnienia przemiany chlorofilu w ustroju zwierzęcym. Cały szereg zagadnień dalszych, które każdemu nasunąć muszą wyniki wstępnych tych poszukiwań, będą przedmiotem późniejszych opracowań. Teraz zwrócić chcę tylko uwagę na tę okoliczność, że istnieją wskazówki, iż produkty przemiany wstecznej chlorofilu znajdują się niekiedy nawet w moczu zwierząt trawożernych. Przed kilku laty przysłał mi zmarły dr. Stokvis barwik z moczu królika, zupełnie prawidłowego, który najprawdopodobniej był identyczny z filoporfiryną. Powodem zwrócenia się dr. Stokvisa do mnie w tej sprawie była okoliczność, że badacz ten, studyując wpływ sulfonalu na hematoporfirynuryę, znalazł kilka

razy w moczu królików, którym nie podawano sulfonalu, barwik nader zbliżony do hematoporfiryny. Zagadkowy ten wynik znalazł wyjaśnienie wobec prac moich nad pokrewieństwem filoporfiryny i hematoporfiryny i własnościami spektralnemi tych dwu ciał. Jest rzeczą możliwą, że chlorofil pokarmu w tych razach przekształcał się w filoporfirynę, która znajdowała się następnie w moczu.

Wreszcie nadmienić muszę, że w żółci ludzkiej dotychczas nie powiodło mi się stwierdzić obecności cholehematyny, wbrew twierdzeniu Heynsiusa i Campbella. Wprawdzie badałem zaledwie kilka żółci ludzkich, które zawdzięczałem uprzejmości prof. dr. Browicza i prof. dr. Ciechanowskiego, ale wobec tego, co dziś wiemy o pochodzeniu cholehematyny, skłonny jestem przypuścić, że Heynsius i Campbell musieli mieć do czynienia z ciałem zupełnie odmiennem. Nie wyłączam naturalnie możliwości, że i ustrój mięsożerny może przekształcić chlorofil w cholehematynę, ale dowodów na to dotychczas nie mamy.

* * *

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Zmiany patologiczno-anatomiczne w kilakowym okresie kiły.

Podał
Dr. med. Zdzisław Sowiński
ordynator kliniki.

Rokowanie u chorych na kiłę zależy według Fourniera prawie wyłącznie od przebiegu okresu trzeciorzędnego. W tym to właśnie okresie tworzą się kilaki, nacieki, wrzody o cechach niszczących lub też szybko posuwa się sprawa rozwoju tkanki łącznej. W końcu obydwie te sprawy wywołują zniszczenie miąższu zajętego narządu. Sprawa jest tem niebezpieczniejszą, im ważniejszy jest dla ustroju zajęty przez nią narząd. Przypadki poszczególne różnią się między sobą siedzibą, rozprzestrzenieniem, natężeniem i trwaniem sprawy chorobowej. W okresie kilakowym każdą zmianę chorobową trzeba uważać za poważną, bo nawet energiczne leczenie może okazać się bezsilnem i choroba ostatecznie może sprawić albo stałe zmiany i oszpecenia, albo nawet doprowadzić do śmierci. Z tego więc powodu głównym celem dążeń naszych powinno być zapobieganie powstawaniu kilaków. Również byłoby bardzo pożądanem, żebyśmy mogli rozporządzać takimi środkami, któreby pozwalały przewidzieć w każdym poszczególnym przypadku, czy w danym przypadku nastąpi okres kilakowy lub nie? Jak wiadomo, przebieg kiły znacznie zmienia swoje cechy swoiste zależnie od wieku, dziedziczności i innych własności indywidualnych osobnika, w którego ustroju kiła się rozwija. U każdego chorego, można powiedzieć, kiła przebiega inaczej, zależnie od warunków osobniczych.

Jeżeli wolno uważać krętki blade za rzeczywisty swoisty zarazek kiły, to sprawa rokowania w kile może z czasem zyskać do pewnego stopnia podstawę naukową. Z badań klinicznych wynika, iż w pewnych przypadkach zmiany kilakowe mają cechy zmian łagodnych, w innych mniej, a w niektórych nareszcie są wybitnie złośliwe. Pomimo tych czy owych warunków indywidualnych ma tu bez wątpienia wielkie znaczenie czas przebywania zarazka w ustroju. Możnaby przytoczyć cały szereg przypadków, w których chorzy na kiłę już w rok po zachorowaniu zawierali związek małżeński ze zdrowemi kobietami i płodzili zdrowe potomstwo. Nasuwa się więc przypuszczenie, że z jednej strony ma ważne znaczenie jadowitość zarazka, z drugiej zaś gleba, na której zakażenie się rozwija. Weźmy przykład następujący. Gronkowiec złocisty, wstrzyknięty zwierzęciu w pewnej dawce, sprowadza ropienie miejscowe i posocznicę. Tęż samą hodowlę można o tyle osłabić za pomocą np. hodowania jej przez czas dłuższy w ciepłocie 41°—42° C, że nawet daleko znaczniejszą dawkę zwierzę zniesie bezkarnie. Z drugiej znów strony wiadomo, że można sztucznie obniżać odporność ustroju zwierzęcia względem jakiegobądź jadu, który w stanie prawidłowym zdaje się być dla zwierzęcia obojętnym; tak też i u człowieka mogą warunki życiowe w każdej chwili niedostrzegalnie wywierać właśnie ów wpływ szkodliwy, który staje się współczynnikiem groźniejszego przebiegu kiły. Skoro tylko ustalone będą nieomylne sposoby, określające obecność zarazka kiły w każdym przypadku poszczególnym, to biorąc z jednej strony na uwagę stan ogólny i właściwości indywidualne chorego, z drugiej zaś mogąc ściśle oznaczyć, jak długo zarazek kiły przebywał, lub czy jeszcze przebywa w ustroju, zdołamy wydać daleko pewniejszy sąd o przyszłości każdego chorego. Nie podlega bowiem najmniejszej wątpliwości, że wytwory życiowe zarazka tem dłużej działają na ustrój człowieka, im dłużej pozostaje przy życiu sam zarazek.

Nie przytaczając danych statystycznych co do tego, jak często spotyka się zmiany kilakowe w różnych narządach i tkankach, ponieważ statystyki różnych autorów bardzo się pod tym względem różnią, nadmienię tylko, że zmiany krtani i podniebienia zajmują w statystykach drugie miejsce.

Guz kilakowy błony śluzowej jamy ustnej rozwija się zwykle co do objawów podmiotych tak nieznacznie, iż chorzy bardzo często nawet go nie dostrzegają. W tych przypadkach, w których można śledzić cały rozwój guza, stwierdza się z początku małe obrzmienie okrągłe, zwolna rosnące. Błona śluzowa nad tem obrzmieniem długo pozostaje niezmienioną i wtedy tylko zaczyna podlegać zmianom, gdy aż do niej dosięgnie sprawa rozpadania się guza, rozpoczynająca się od jego środka. Wtedy guz pęka, błona śluzowa niszczeje i tworzy się wrzód, o dnie nierównem, pokrytem ropą i tkanką obumarłą. Jak wszędzie, tak i na błonie śluzowej jamy ust zjawiają się kilaki albo pojedynczo, albo gromadnie, łącząc się ze sobą, lub wreszcie przybierają postać pełzającą. Wzdłuż płaszczyzny i wgłąb mogą kilaki szerzyć się bardzo daleko. W niektórych przypadkach wrzody kilakowe zajmują większą część błony śluzowej jamy ust, a z drugiej strony mogą całkowicie zniszczyć wszystkie warstwy błony śluzowej aż do kości podniebiennej, która w takim razie obnażona z okostnej ulega oczywiście następowemu obumarciu. W innych miejscach (podniebienie miękkie, łuki podniebienne) sprawa wrzodziejąca wiedzie bezpośrednio do przedziurawienia; przy usadowieniu się wrzodu na łukach podniebiennych i podniebieniu miękkiem z boku tworzą się znacznie większe ubytki. Sprawa wrzodziejąca może szerzyć się również i ku górze, aż do podstawy czaszki

i ostatecznie wywołać tam częściowe ubytki kostne. W podobny sposób tworzą się guzy kilakowe i w jamie nosowej. Również i tu najważniejszem następstwem jest tworzenie się ubytku, jako wynik obumarcia zajętej kości. Jeżeli zaś zniszczeniu ulegnie nietylko przegroda nosowa, lecz i inne części rusztowania nosa, jak również pokrywająca je skóra, to na miejscu nosa powstaje duży eliptyczny ziejący otwór, przez który, przy jednoczesnem zwykle zniszczeniu podniebienia twardego, widać jedną wielką jamę, powstałą z jamy nosowej, ustnej i gardła. W dalszym ciągu, jeśli sprawa przejdzie na kość sitową, może nastąpić przedziurawienie do jamy czaszkowej i następnie zapalenie opon mózgowych.

W jamach nosowej, ustnej i w gardle prócz trzeciorzędnych zmian kiłowych zdarzają się sprawy gruźlicze i toczniowe, oraz raki. Pomijam zmiany, wywołane tutaj przez trąd, ponieważ te łatwo rozpoznać wobec całego szeregu równoczesnych znamiennych zmian w innych miejscach. Owrzodzenia gruźlicze błony śluzowej mają brzegi nadżarte lub podminowane, zatokowate, czem różnią się od owrzodzeń kiłowych, ściętych na brzegach ostro. Naokoło wrzodu gruźliczego często można dostrzedz gruzełki prosowate w kształcie szarych lub żółtawych guzków. Gruźlicy błon śluzowych towarzyszą zmiany i w innych narządach, jak również szybkie wychudnienie, wieczorne wzniesienia ciepłoty i miejscowa znaczna bolesność. Toczniowi błony śluzowej w tym okresie, kiedy możnaby go wziąć za kiłę, towarzyszą zwykle zmiany swoiste i na skórze. Toczeń odznacza się powolnym rozwojem i powierzchownem usadowieniem i nie ma skłonności do szerzenia się w głąb. W przeciwieństwie do kiły zaczyna się guzek toczniowy rozpadać zwykle jednocześnie na całej powierzchni; zaznaczyć trzeba, iż znamienną właściwością wrzodu toczniowego jest mniej lub więcej okrągły kształt i płaskie dno, nadzwyczaj łatwo krwawiące, całkowicie pokryte tkanką ziarninową. Tak gruźlicy, jak i toczniowi, w przeciwieństwie do kiły stosunkowo rzadko towarzyszą zmiany kości i następowe przedziurawienia. Obecność prątków gruźliczych można stwierdzić w toczniu stosunkowo rzadko; przy sprawach gruźliczych służy ona za różniczkowo-rozpoznawczą wskazówkę. Zaznaczyć jeszcze należy, że właściwością, cechującą sprawy toczniowe, jest tworzenie się nowych guzków w obrębie dawniejszych zaników i blizn. Guzy rakowe rzadko dochodzą większych rozmiarów, ponieważ zazwyczaj szybko i wcześnie ulegają rozpadowi. Sprawie tej towarzyszy także wcześnie powiększenie się odpowiednich gruczołów chłonnych. Brzegi wrzodu rakowego bywają wywinięte i zatokowo wyżarte. Wątpliwość rozstrzyga badanie drobnowidowe wyciętych kawałeczków tkanki, przyczem można spróbować jeszcze leczenia swoistego przeciwkiłowego.

Wobec tego, że zmiany kilakowe w tej okolicy nadzwyczaj rzadko stają się przyczyną śmierci, uważam za właściwe ogłosić mój przypadek. Prócz interesu kazuistycznego mogą mieć też pewną wartość wyniki podjętych przezemnie badań patologiczno-anatomicznych.

Oto mój przypadek:

W. K., lat 36, leśniczy, przyjęty do kliniki 18 lutego 1905. Zaraził się kiłą w r. 1896. Wysypka pierwotna ukazała się w swoim czasie, a potem w przeciągu 2—3 lat zjawiały się od czasu do czasu wrzody w gardle, które jednak szybko ustępowały pod wpływem leczenia swoistego.

Chory wzrostu średniego, licho odżywiony, kościec i mięśnie rozwinięte prawidłowo. Podściółka tłuszczowa skąpa: skóra łatwo fałduje się. Błony śluzowe blade. Chory mówi z trudnością, nadzwyczaj niewyraźnie. Tak części miękkie nosa, jak również chrząstki i kości zupełnie zniszczone; na ich miejscu znajduje się otwór eliptyczny, którego średnica pionowa wynosi 2,5 ctm., poprzeczna 1,5 ctm. Otwór ten oddziela od jamy ustnej tylko skórny mostek bliznowaty szerokości 1 ctm. Jama nosowa wytamponowana opaską, której tam mieściło się 10—12 arszyn. Podniebienie twarde zniszczone prawie całkowicie i tylko gdzieniegdzie widać nieoddzielone jeszcze martwaki. Podniebienie miękkie niezajęte sprawą wrzodziejącą.

Na prawo od linii środkowej widać na tylnej ścianie gardła żrący wrzód kilakowy, długości 3—4 ctm., pokryty żółtawo-szarą miazgą. Na ścianie tylnej gardła widać również rozrzucone nacieki szarawe. Takież nacieki widać na łukach. Na górnej i bocznej powierzchni języka również nacieki, miejscami owrzodziałe i pokryte nalotem szarawym; nacieki te leżą w mięśniach języka, nie w samej tylko błonie śluzowej. Co do zębów, to z rzędu górnego pozostał tylko jeden z siekaczy przednich. Na lewej powiece dolnej guzki, które jużto uległy rozpadowi, jużto — zmianom zanikowym. Na lewym policzku guzek rozpadły, który wytworzył się, według twierdzenia chorego, jednocześnie z guzkami na powiece. Na kończynach dolnych, zwłaszcza na lewej, szereg blizn rozmaitych rozmiarów o brzegach festonowatych, niezrośniętych z kością; blizny owe pochodzą od niesztowic głębokich, które pojawiły się u chorego w pierwszym roku choroby. W lewej okolicy nadobojczykowej nieregularna blizna barwy czerwonej: pewna część blizny zrosła z obojczykiem.

Sprawa na podniebieniu twardem rozpoczęła się przed $2^1/_2$ laty, poczem przeszła na kości nosowe, a już w ciągu pół roku od początku sprawy chory pomimo leczenia stracił nos. Na lewej powiece i na lewym policzku trwała sprawa 4 miesiące. Jak wspominałem wyżej, chory mówi z trudnością, a przy połykaniu odczuwa silne bole. Przez czas cały choroby chory leczył się odpowiednio i systematycznie. Wyskoku nie używał zupełnie. W szpitalu miejskim zrobiono choremu od 28 lutego 1904 do 8 lutego 1905 r. 108 wcierań szaruchy po 2,0, prócz tego 4 wstrzyknięcia 5 prc. salicylanu rtęciowego i podawano obficie jodek potasowy. W ciągu dwóch miesięcy chory brał kąpiele parowe. Pomimo wszystkich tych zabiegów sprawa w gardle nie zatrzymywała się.

Wstępując do kliniki, ważył chory 43 klg. Skarżył się na kaszel: w płucach stwierdzono rzężenia średniobańkowe. W narządach wewnętrznych nie stwierdzono wtedy zmian żadnych. Mocz nie zawierał nieprawidłowych składników. Wspomniany wyżej wrzód na tylnej ścianie gardła mierzył 7 marca 5 ctm. długości i 2 ctm. szerokości. Podobny wrzód, lecz mniejszy, znajdował się na tylnej ścianie gardła na lewo od linii środkowej.

Pomimo energicznego leczenia, o którem będzie mowa niżej, sprawa posuwała się tak szybko, iż 2 kwietnia już całe podniebienie miękkie i resztki twardego były zupełnie zniszczone. Jak wspominałem, kościec nosa rozpadł się już dawniej. Jama ustna, nosowa i gardło utworzyły przeto jedną wielką jamę, której ściany, wskutek przybrania przez sprawę cech żrących, były pokryte miazgą zgorzelinową. Odtąd zaczęły się nieznośne bole, a chory nie mógł połykać pokarmu, nawet płynnego; z tego powodu odżywiano chorego zapomocą lewatyw odżywczych. Wkrótce ciepłota co wieczór zaczęła się podnosić, nie przekraczając jednak ani razu 38,8° C. Waga ciała szybko opadała i wtedy już chory ważył zaledwie 30 kilogr. Liczba tętna wynosiła 120 uderzeń na minutę, tętno było słabo napięte. 17 kwietnia chory zmarł.

Co się tyczy leczenia, to próbowałem zarówno miejscowego, jak i ogólnego. Ze środków miejscowych stosowałem tampony z gazy kseroformowej, wkładając je do jamy nosowej po uprzedniem przemyciu jej słabym roztworem nadmanganianu potasowego. Używałem dalej przyżegań azotanem srebrowym szczerym, jak i jego roztworami w rozmaitem zgęszczeniu, przypalania nasyconym roztworem kwasu chromowego: prócz tego stosowałem jeszcze zależnie od okoliczności rozmaite płukania znieczulające i 1 prc. roztwór kokainy. Z leków ogólnych i wewnętrznych chory zażywał jodek potasowy i jednocześnie brał wobec znacznej ilości rtęci w ustroju wanny gazowe. Następnie choremu zaleciłem odwar Zittmanna; chory wyżył 16 funtów słabego i tyleż mocnego odwaru; ze względu jednak na osłabienie ogólne i znaczną biegunkę (8—10 razy na dobę) byłem zmuszony przerwać dalsze leczenie tym środkiem. Wstrzykiwałem również podskórnie 25 prc. roztwór jodypiny. Prócz tego od samego początku otrzymywał chory pokarm pożywny i przetwory żelaza w połączeniu z arszenikiem.

Sekcya: Wzrost 165 ctm., waga 30.800 grm. Zwłoki bardzo wychudłe, budowy słabej. Części miękkie nosa zniszczone, a na

ich miejscu ubytek eliptyczny, którego wymiar pionowy wynosi 2,5 ctm., poprzeczny 1,5 ctm.; ubytek ten oddzielony skórnym mostkiem bliznowatym szerokości 1 ctm. od jamy ustnej. Na skórze lewego policzka obok kości jarzmowej powierzchowny wrzód wielkości 10 kop. srebr. Na goleni lewej w środku powierzchni przedniej barwikowa blizna skórna, nad kością przesuwalna. Wnętrze jamy nosowej pokryte miazgą rozpadową żółtawo-szarą. Podniebienie twarde i miękkie zniszczone prawie w całości. Tylna ściana gardła nierówna, guzkowata. Po wyjęciu krtani okazuje się, iż sprawa wrzodziejąca z tylnej ściany gardła rozszerzyła się również na tkankę pozagardłową aż do przełyku; na granicy części rozpadłych tkanka zabarwiona czarno, stwardniała. Język bez zmian widocznych. Otwory gruszkowate nie zajęte owrzodzeniami. Fałdy nalewkowonagłośniowe zgrubiałe, zwężają nieznacznie wejście do krtani. Błona śluzowa przełyku bez zmian, tylko na tylnej powierzchni chrząstek krtaniowych i trochę niżej widać niewielkie zgrubienia w postaci białych guzków. Na obydwóch więzadłach głosowych w tylnej części powierzchowne owrzodzenia; w okolicy lewej chrząstki nalewkowej głębokie, sięgające aż do chrząstki owrzodzenie, którego największy wymiar wynosi 2 mlm.; naokoło tego owrzodzenia szeroki pas barwikowy. Błona śluzowa tchawicy i głównych oskrzeli pokryta niewielką ilością białawego śluzu. Szczyt przepony po stronie prawej i lewej na wysokości górnego brzegu 4 żebra.

Płuco lewe prawie wolne, zaś prawe zrośnięte z klatką piersiową starymi zrostami na znacznej przestrzeni. Miąższ lewego płuca suchy, zawiera mało krwi, powietrzny. Na przekroju prawego płuca widać drobne, wielkości ziarnka prosa, białawe guzki. W ich sąsiedztwie, a także i w innych miejscach miąższu płuc znajdują się szarawo-czerwone, niewyraźnie odgraniczone ogniska zbite, bezpowietrzne; za uciskiem wydobywa się z nich białawy płyn ropiasty.

Osierdzie bez zmian; wymiar poprzeczny serca 9 ctm., podłużny — 8,5 ctm.; w jamach serca nieznaczna ilość przeważnie odbarwionych skrzepów krwi. Ujścia i zastawki, jak również błona wewnętrzna tętnicy głównej bez zmian widocznych.

Jama brzuszna nie zawiera żadnego płynu. Żołądek mały. Jelita cienkie puste, w grubych nieznaczna ilość gazów. Błona śluzowa jelita czczego blada. W jelicie biodrowem treść krwawa, stopniowo coraz ciemniejsza ku dołowi; błona śluzowa w najniższej pętli jelita biodrowego jest barwy ciemno-czerwonej, a na wierzchołkach fałdów prawie czarna i pokryta nalotem żółtawym; tam zaś, gdzie nalotu niema, widać powierzchnię owrzodziałą. Błona śluzowa okrężnicy miejscami przekrwiona.

Wątroba 23 + 18—13 + 6 ctm., torebka gładka, brzeg dość ostry, miąższ barwy żółtawo-czerwonej, wiotki; rysunek zrazików słabo zaznaczony. W pęcherzyku żółciowym gęsta ciągnąca się treść, barwy ciemno-zielonej. Śledziona 11 + 8 + 2,5 ctm., torebka nieco zmarszczona, miąższ dość wiotki, wszędzie blado-czerwony. Grudek nie można odróżnić; beleczki są widoczne. Nerki miernej wielkości, torebka daje się zdjąć z łatwością. Miąższ niedokrwiony, przyćmiony, nieco żółtawy.

Kości czaszki miernej grubości, symetryczne. Opona twarda blada, bez zmian widocznych; w zatoce strzałkowej nieco skrzepów krwi. Ziarna Pacchiona miernie rozwinięte. Opona miękka blada, z łatwością odłącza się od tkanki mózgowej, przeźroczysta; gdzieniegdzie widać na niej drobne, białawe, zbite zgrubienia. W komorach mózgowych, które są rozmiarów miernych znajduje się trochę płynu surowiczego. Sploty żylne nieco ziarniste. Móżdżek nieco wydłużony, zawiera mniej krwi, niż zwykle, zresztą bez zmian widocznych.

Tętnica główna i główne jej gałęzie, również tętnice podstawy mózgu bez zmian widocznych. Gruczoły chłonne nie powiększone. Błona śluzowa dróg moczowych i pęcherza bez zmian widocznych. Jądra wielkości miernej; w prawem na przekroju widać biegnące naprzemian białe i szare pasy; w pasach szarych z łatwością stwierdzić można przewody nasienne, białe zaś składają się z dość zbitej tkanki łącznej; w lewem jądrze naokoło są tylko pasy białawe mniejszej zbitości, niż w prawem.

Waga mózgu 1260, serca 190, płuca prawego 610, lewego 280, wątroby 1270, śledziony 110, nerki prawej 120, lewej 130 gramów.

Rozpoznanie anatomiczne: *Pharyngitis et rhinitis chr. ulcerosa cum defectu complet. palat. duri et mollis et partium mollium nasi. Perichondritis chron. laryngea. Diphteritis ilei. Inanitio.* (Sekcyę wykonał Dr Sobolew).

Jak z tego widać, narządy wewnętrzne ku pewnemu zdziwieniu naszemu wydawały się gołemu oku prawie prawidłowe. Wobec tego podjąłem badanie histologiczne, by się przekonać, czy i w narządach wewnętrznych były jakieś zmiany anatomiczne, wywołane przez zarazek kiłowy; czy też przeciwnie, zmiany kiłowe były tylko miejscowe, a przyczyną śmierci chorego było li tylko fatalne usadowienie się sprawy.

Jak wogóle w zatruciach, tak również i w ustroju chorego na kiłę powstają bezwątpienia zmiany, nie dające się dostrzedz gołem okiem. Wychodząc z tego założenia, zaczęto przypuszczać, iż pod wpływem zarazka kiłowego tworzy się w ustroju szczególny stan (*etat syphilitique*), z którego chory nigdy już nie może wybrnąć i który wytwarza podłoże dla różnorodnych zmian kilakowych. W ten sposób tłómaczyli sobie rzecz dawni autorowie; dopiero mikroskop rzucił nowe światło na tę sprawę. Okazało się bowiem, iż w narządach wewnętrznych, napozór przy badaniu gołem okiem zupełnie prawidłowych, istnieją znaczne zmiany mikroskopijne, nie tylko w okresie kilakowym choroby, lecz nawet w przypadkach świeżych okresu kłykcinowego.

Pod tym względem przypomnę prace Neumanna (1), Hjelmanna (2) i prof. T. P. Pawłowa (3). Badania dwóch pierwszych autorów dotyczą zmian na skórze. Okazało się, iż po zniknięciu rozmaitych wysypek w okresie kłykcinowym choroby, pomimo, że skóra na miejscach zajętych poprzednio wysypką, zdawała się być przy badaniu gołem okiem prawidłową, to przecież drobnowid wykrywał w niej znaczne zmiany, utrzymujące się nawet dość długo. Tak np. Hjelmann twierdzi, iż w miejscu wrzodu twardego widział nacieki komórkowe w obrębie brodawek, a także znacznie głębszych warstw skóry jeszcze po upływie 16 miesięcy; takież zmiany znajdował przy badaniu skóry w miesiąc po zniknięciu różyczki i w dwa miesiące po zniknięciu guzków. Jak widać więc, brak zmian makroskopowych jeszcze nie wyłącza obecności zmian drobnowidowych.

Prof. Pawłow wykonał dwojakiego rodzaju badania. W jednym szeregu badań wychodził autor z tego założenia, iż w przypadkach tzw. wrodzonej wątłości (*debilitas congenita*) niemowląt, zrodzonych z rodziców chorych na kiłę, przyczyny śmierci nie tłómaczy ta tak często używana ogólnikowa nazwa, lecz że rzeczywistą przyczyną śmierci jest cały szereg różnorodnych i nader rozległych zmian anatomicznych w ustroju dziecka. Autor badał szczegółowo za pomocą drobnowidu narządy wewnętrzne 5 niemowląt, pochodzących z rodziców chorych na kiłę i stwierdził przedewszystkiem rozległe zmiany naczyń krwionośnych, bądźto w postaci *endarteriitis*, bądź w postaci *meso- i periarteriitis*, a powtóre rozwój tkanki łącznej w narządach wewnętrznych, który jednak brał zawsze początek od naczyń krwionośnych. Ze swych badań wysnuwa autor wniosek, iż zarazek kiłowy, dostający się do ustroju płodu czyto już w chwili zapłodnienia jajka, czyto później, wywołuje potem ogólne zmiany w naczyniach krwionośnych. Ponieważ stopień tych zmian nie jest jednaki, więc i następstwa bywają różnorodne.

Dodatnie wyniki mikroskopowego badania zwłok niemowląt, które pochodziły z rodziców chorych na kiłę, a u których zmiany makroskopowe w narządach wewnętrznych były zazwyczaj nieznaczne, zachęciły prof. Pawłowa do zbadania 2 przypadków świeżej kiły nabytej u dorosłych. Badania mikroskopowe wykryły w tych przypadkach oprócz ostrych zmian w płucach i nerkach (śmierć nastąpiła wskutek włóknikowego zapalenia płuc) także sprawę przewlekłą w naczyniach krwionośnych, zwłaszcza w tętnicach.

mianowicie zmiany ogniskowe błon wewnętrznej i zewnętrznej. Zmiany te stwierdził autor tak w naczyniach większego kalibru, jak również średniego i małego. Równolegle badał autor w tymże kierunku troje zwłok, w których przyczyną śmierci była gruźlica; również i tu znalazł zmiany w naczyniach w postaci *endo- i periarteriitis* różnego stopnia. Nie wysnuwając w ogóle wniosków stanowczych, przypuszcza autor, iż jad kiłowy, dostawszy się do ustroju, może przez pewien czas wywoływać rozległe zmiany w układzie naczyniowym. Zmian wyżej przytoczonych nie można uważać za znamienne wyłącznie dla kiły tak co do ich cech, jak i rozpowszechnienia

Fridmann (4) brał kawałeczki skóry chorych na kilę w różnych okresach choroby i na podstawie wyników swych badań histologicznych dochodzi do wniosku, iż w okresie kłykcinowym kiły można czasami stwierdzić zmiany błony wewnętrznej *(endarteriitis)* oraz nacieki naokoło naczyń krwionośnych, zaś w okresie kilakowym spotyka się oprócz tych zmian jeszcze zgrubienia błony zewnętrznej i nawet zarastanie drobnych, a czasami większych naczyń.

Co do najnowszych badań, dotyczących zmian naczyń krwionośnych w różnych okresach kiły, wskażę tu tylko na sprawozdania Düringa, Hansemanna, Renversa, Thomsona, Waltera, Hoffmanna i Julliena na 5. międzynarodowym zjeździe dermatologów w Berlinie (5).

Przechodzę do opisu badań mikroskopowych, które wykonałem na kawałeczkach z różnych narządów wewnętrznych w moim przypadku. Kawałeczki z każdego narządu utrwalałem w wyskoku, płynie Flemminga i Zenkera. Skrawki barwiłem hematoksyliną Delafielda, eozyną, błękitem metylenowym wielobarwnym, *(polychromes Methylenblau)*, safraniną, zielenią jasną i sposobem Van Giesona.

Poprzeczny przekrój ściany lewej komory serca wraz z tętnicą wieńcową. Mierny zanik brunatny mięśnia sercowego. Ścianka tętnicy wieńcowej znacznie zgrubiała, światło zaś wskutek tego zwężone. Błona wewnętrzna zgrubiała nierównomiernie, ma utkanie włókniste, pośród którego widać rozrzucone komórki wrzecionowate; również błona zewnętrzna nierównomiernie zgrubiała w podobny sposób. W drobnych tętniczkach, w sąsiedztwie tętnicy wieńcowej leżących, śródbłonek napęczniały, błona zewnętrzna zgrubiała. W niektórych miejscach wśród samego mięśnia sercowego widać zarośnięte naczynia włoskowate o ściankach zgrubiałych.

Tętnice podstawy mózgu. Błona wewnętrzna i tutaj zgrubiała nierównomiernie wskutek takich samych zmian, jak w tętnicy wieńcowej serca; zgrubienie sterczy wyraźnie ku światłu naczynia. Błona zewnętrzna zgrubiała nierównomiernie podobnie, jak w tętnicy wieńcowej serca.

Wątroba. Zgrubienie torebki Glissona bez żadnych nacieków świeżych. Gdzieniegdzie mierne stłuszczenie komórek wątrobnych. Jądra komórek wątrobnych barwią się dobrze. W gałązkach tętnicy wątrobnej zmiany następujące: komórki śródbłonka napęczniałe; błona wewnętrzna i zewnętrzna zgrubiałe nierównomiernie, podobnie jak w tętnicy wieńcowej serca. W tkance naokoło żyły wrotnej widoczne miejscami ogniskowe nacieki komórkowe.

Nerki. Oprócz niewielkich ogniskowych nacieków drobnokomórkowych, rozrzuconych w podścielisku i nieznacznego stłuszczenia nabłonków w kanalikach moczowych i w pętlicach Henlego, stwierdza się w naczyniach zmiany te same, co i w naczyniach innych narządów.

Śledziona. Prócz nieznacznego zgrubienia beleczek zmian żadnych nie zauważyłem.

Płuca. Oskrzela i niektóre pęcherzyki płucne zawierają wysięk zapalny, który składa się głównie z wielojądrzastych leukocytów. W naczyniach zmiany te same, co i w naczyniach innych narządów, lecz w stopniu znacznie słabszym. Innych zmian nie stwierdziłem.

Jądra. Znaczne zwyrodnienie tłuszczowe komórek kanalików nasiennych. W wielu miejscach znaczny rozrost tkanki włóknistej w podścielisku, połączony ze zwężeniem lub niemal zupełnem zaciśnięciem kanalików nasiennych.

Skóra. Do badań użyłem blizny po niesztowicy i otaczającej ją, na oko niezmienionej skóry. I tutaj naczynia krwionośne były podobnie, jak w innych narządach, zgrubiałe nierównomiernie; zmiany zajmowały jednak wszystkie warstwy ściany naczyń, a najwybitniej zgrubiałą była błona zewnętrzna. Tu i ówdzie w tkance podskórnej stwierdziłem znaczną *endo-* i *periarteriitis*, często zupełne zarośnięcie naczyń.

Badanie histologiczne różnych narządów i tkanek stwierdziło przeto w moim przypadku tylko nieznaczne zmiany. Pomijając ostre zmiany zapalne w płucach i zwyrodnienie tłuszczowe nabłonków kanalików nasiennych, zastanowić się należy tylko nad takiemi zmianami przewlekłemi, które chociaż nieznaczne, jednak cechowały cały materyał, badany przezemnie. Zmiany te dotyczyły naczyń krwionośnych nietylko dużego kalibru, lecz średniego i małego, a nosiły wszędzie cechę jednakową: skłonność ku zgrubieniu ścian naczyń z jednoczesnem zwężeniem światła; zgrubieniu ulegały tak błona zewnętrzna, jak i wewnętrzna. Prócz tego stwierdziłem nieznaczne ogniskowe nacieki komórkowe w podścielisku niektórych narządów. Sprawa śródmiąższowa była wyraźna tylko w jądrach; ta okoliczność wyjaśnia do pewnego stopnia niepłodność, nastającą u chorych na kiłę w późniejszych okresach choroby, świadcząc zresztą, że znaczne nawet zmiany patologiczne w jądrach mogą przy zwykłych sposobach badania pozostać za życia nierozpoznane, jak to było i w moim przypadku, gdzie jądra zdawały się zupełnie prawidłowemi.

Co się tyczy zmian w skórze, to zdaniem mojem przemawiałyby one na korzyść poglądu, że późniejsze kilaki sadowią się zwykle w takich miejscach, lub w sąsiedztwie takich, w których pierwotnie powstały zmiany naczyń krwionośnych, wywołane przez działanie zarazka kiłowego.

Rozległość sprawy wrzodziejącej z jednej strony, z drugiej zaś stosunkowo nieznaczne zmiany mikroskopowe w narządach wewnętrznych wskazują, iż przyczyną śmierci była w moim przypadku wyłącznie siedziba sprawy wrzodziejącej. Siedziba tej sprawy była przyczyną, że chory nie mógł dostatecznie odżywiać się, stopniowo tracił siły, równowaga wymiany materyi w jego ustroju znikła, odporność zmniejszała się znacznie. Dodawszy jeszcze, iż z powierzchni wrzodziejącej następowało wessanie wytworów rozpadu, mamy cały szereg przyczyn, które doprowadziły chorego do śmierci. Zbytecznie rozwodzić się nad znaną rzeczą, że od siedziby wrzodziejącego kilaka i od szybkości, z jaką rozpad się szerzy, zależy rodzaj i stopień powikłań i następstw. Różnorodne następstwa kilaków wrzodziejących na podniebieniu i częściach sąsiednich bardzo poważnie upośledzają wiele czynności, jak to było i w moim przypadku. Wobec zmiany warunków tworzenia się współdźwięków mowa chorego bardzo ucierpiała. Dolegliwości przy połykaniu ostatecznie podkopały stan ogólny chorego. Nawet w przypadkach pomyślnego zejścia podobnych zmian pozostają mniej lub więcej rozległe zrosty, które w różnorodny sposób są powodem trwałych zboczeń czynnościowych.

Piśmiennictwo. 1) Neumann. Neuere Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der Hautsyphilide, deren Verlauf i t. d. — Viertelsjahresschr. für Dermatologie und Syphilis. 1885. str. 209. — 2) Hjelmann. Bidrag till kännedomen om de histopatologiska rafnads förandringarnos persistens vid syphilis. *ref.* Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1897, str. 693. — 3) Prof. T. P. Pawłow. a) Ma-

terjały k wyjasnenju pryczyny smierti noworożdiennych dietiej nasledstwiennych syfilitikow. Bolnicznaja Gazeta Botkina, 1895 r. — b) Materjały k patołogii syfilisa. Ibidem, 1897 r. — 4) Fridmann. Materjały k patołogii syfilisa, Ibidem, 1899 r. — 5) V Internationaler Dermatologen-Kongress, 1904 r. t. II, cz. 1.

Napoje wyskokowe jako środek leczniczy.

Z uwzględnieniem spostrzeżeń poczynionych w roku 1905 w klinice lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał

Dr. St. Szurek
asystent kliniki.

(Dokończenie.)

W r. 1902 niemieckie Towarzystwo przeciw nadużywaniu napojów wyskokowych rozesłało do wszystkich profesorów fizyologii, patologii, medycyny wewnętrznej, psychiatryi, farmakologii i higieny w Niemczech zapytanie, czy stoją na gruncie umiarkowania, czy też zupełnej wstrzemięźliwości. Ogromna większość zapytanych (prawie wszyscy z wyjątkiem kilku) wyraziła zdanie, że umiarkowane użycie napojów wyskokowych jest dla zdrowego dorosłego człowieka nieszkodliwe, zupełna wstrzemięźliwość nie jest ani konieczna, ani naukowo uzasadniona. Co niektórzy z zapytanych mimochodem o wartości leczniczej wyskoku mówią, warto przytoczyć, jako wyraz współczesnych zapatrywań naukowych. Leyden, dyrektor pierwszej kliniki lekarskiej w Berlinie, powiada: „Że napoje wyskokowe działają rozweselająco, ba nawet podniecają łaknienie i siłę trawienia, podobnie jak i sprawność ruchową żołądka pobudzają, to nie ulega zapewne wątpliwości. Mogą przeto w miernej il ści bez obawy uchodzić za używki, które podnoszą odżywienie. Dla medycyny są one jako środki żołądkowe, tj. podniecające apetyt, potęgujące siłę trawienia i czynność ruchową żołądka i ograniczające fermentacye, prawie niezbędne, również niezbędne, ażeby wzbudzić u neurasteników odwagę i chęć do życia. Są one dalej bezsprzecznie najistotniejszym środkiem przeciw wszelkim osłabieniom serca. Natomiast wyskok nie może być zaliczony do pokarmów, ani do istot wzmacniających, on jest środkiem oszczędzającym i podniecającym“. Heubner, dyrektor berlińskiej kliniki pedyatrycznej, uważa nawet u dzieci „lecznicze stosowanie wyskoku (w ograniczonym zakresie), zwłaszcza w obec nagłego podupadania siły serca, za dozwolone i pożyteczne“. Kraus, dyrektor drugiej berlińskiej kliniki lekarskiej uważa wyskok za środek leczniczy w ścisłem znaczeniu tylko w ograniczonej mierze. Strümpell, dyrektor kliniki lekarskiej we Wrocławiu, stosuje również wyskok jako lek, a tylko domaga się, ażeby w różnych stanach chorobowych rozmaitych trzymać się przepisów. Bäumler, dyrektor kliniki lekarskiej we Fryburgu, mówi o stosowaniu wyskoku w chorobach gorączkowych w ten sposób: „Codzienne doświadczenie zdawało się dowodzić, że wyskok przez pobudzenie czynności serca usuwa szybko stany, które zdawały się polegać na jego osłabieniu. Rozgrzanie całego ciała, a w szczególności kończyn, lepsza cera u tych, u których była przedtem blada albo sinawa, pomyślny skutek w omdleniach, zdawały się usprawiedliwiać owo przypuszczenie. Teraz jednak wiemy, że te skutki wyskoku w inny sposób powstają. Przez rozszerzenie naczyń krwionośnych ułatwia się dopływ krwi do obwodowych części. Jeżeli, jak to jest prawdopodobne, także naczynia wieńcowe serca takiemu rozszerzeniu ulegają, to oczywiście mięsień sercowy będzie również podczas trwania tego rozszerzenia naczyń więcej krwi otrzymywał i skutkiem tego jego czynność się wzmocni“. „To rozszerzające naczynia działanie wyskoku wyzyskujemy korzystnie u chorych gorączkujących, jeżeli się ich ciało po chłodnej kąpieli tylko powoli rozgrzewa z powodu dłuższego, a ochłodzeniem wywołanego skurczu tętnic obwodowych, zwłaszcza na goleniach i stopach, kiedy ciepłota ich tułowia już powróciła do pierwotnej wysokości. To sprawia chorym, których zresztą kąpiel dobroczynnie odświeża, przykrość i przeszkadza im zasnąć. W takich przypadkach można tak zwany odczyn, tj. ponowne rozszerzenie tętnic obwodowych, które jest pożądane dla wyrównania stosunków krążenia i ciepłoty, przyspieszyć przez małą dawkę wyskoku, około 20—30 grm. 6—8% wina, albo 5 grm koniaku w ciepłej wodzie“. Riegel, dyrektor kliniki lekarskiej w Giessen, uważa wyskok w leczeniu chorych za niezbędny i mówi tak: „Należałoby bardzo ubolewać, gdyby ten tak usprawiedliwiony ruch przeciw nadużywaniu napojów wyskokowych do tego doprowadził, żeby lekarze dla zasady zarzucili wyskok także i w leczeniu. Jego działanie tutaj jest całkiem inne, niż u zdrowych, jak to już z tego wynika, że ludzie, którzy przy zupełnem zdrowiu znoszą zaledwo szklankę wina, w ciężkiej chorobie, jak n. p. w ciężkim durze, w zapaleniach płuc i w niektórych innych chorobach zakaźnych nietylko znoszą bez szkody nawet wielkie ilości ciężkich win, flaszkę i więcej, ale, że potem następuje istotne ożywienie i odświeżenie, a w szczególności także wyraźne podniesienie siły serca. Nie ulega żadnej wątpliwości, że w leczeniu wielu ciężkich chorób wyskok w dawce i postaci, dostósowanej do poszczególnego przypadku, jest środkiem nieocenionej wartości. Zasadniczo wyskok w leczeniu odrzucać znaczyłoby tyle, co zrzekać się jednego z najważniejszych środków przeciw zagrażającemu zapadowi, tego środka, który często ratuje życie. Wszyscy doświadczeni lekarze zgadzają się co do tego, że wyskok w leczeniu jest niezbędnym środkiem pomocniczym“. Epstein, dyrektor kliniki lekarskiej w Getyndze, zaleca również wyskok, jako środek podniecający, podając go odpowiednio do indywidualnych stosunków. Mosler z Gryfii oświadcza: „Jako lekarz widziałem po rozumnem podawaniu wyskoku tak zbawienne skutki, że wedle mojego mniemania praktyka lekarska bez tego środka leczniczego obejść się nie może“ Vierordt z Heidelbergu nie wspomina wprawdzie o wyskoku jako leku, podnosi tylko szczegół znamienny: „Moje doświadczenie w okresie największej pracy umysłowej, n. p. w okresie przygotowywania się do egzaminu państwowego, przekonało mnie, że np. 2 szklanki piwa wieczór, wypite po pracy celem rozluźnienia ducha i nerwów, celem wywołania spokojnego snu i wypoczynku umysłu przed pracą na dzień najbliższy, były dla mnie i różnych moich przyjaciół miesiącami całymi wielce dobroczynne“. Stintzing, dyrektor kliniki lekarskiej w Jenie, domaga się ścisłego indywidualizowania przy podawaniu wyskoku chorym. „Uważam za niesłuszne zakazywać wszystkim chorym napojów wyskokowych Przeciwnie jest wyskok, pominąwszy jego cenny użytek, jako leku podniecającego w postaci najprzyjemniejszej w chorobach gorączkowych, gdzie nam lekarzom wyborne

oddaje usługi, równie cennym środkiem podniecającym u osób niedokrwistych, cierpiących na brak łaknienia i ozdrowieńców. Za rzecz oczywistą uważam natomiast, że się pobudliwym chorym nerwowym odradza napoje wyskokowe i że dla nałogowych pijaków, a w szczególności dipsomanów, najściślejsza wstrzemięźliwość jest jedynym środkiem ratunku".

Curschmann, dyrektor kliniki lekarskiej w Lipsku, sprzeciwia się stanowczo temu, by wyskok usunąć z lecznictwa. „Pochwalam, że się go bezwarunkowo nie podaje chorym dzieciom, przyznaję, że w przewlekłych stanach chorobowych, np. w gruźlicy płuc, było wiele nadużyć i przesady, nie chciałbym atoli leczyć bez napojów wyskokowych wielu ostrych chorób, a w szczególności łączących się z niemi zapadów. Sądzę, że pod tym względem jestem w zgodzie ze wszystkimi doświadczonymi lekarzami". Romberg z Marburga mówi tak o wyskoku, jako o leku: „Gdy wielu neurastenikom, histerykom i epileptykom już najmniejsze dawki wyskoku wyraźnie szkodzą, tak, że trzeba im wogóle zabronić używania wyskoku, gdy dowóz wyskoku u chorych, dotkniętych zwapnieniem tętnic mózgowych, należy ograniczyć albo zakazać, to natomiast podawanie napojów wyskokowych celem pobudzenia krążenia u wielu chorych na serce, w niektórych ostrych chorobach zakaźnych, jest wedle mojego doświadczenia niezbędne. W każdym jednak razie trzeba podkreślić, że napoje wyskokowe zawdzięczają swoje tak wybitnie użyteczne własności w leczeniu licznych chorób z pewnością nie wyskokowi, lecz przedewszystkiem innym swoim składnikom, być może estrom i t. p. W ten sposób co do wpływu napojów wyskokowych wchodzi w rachubę nietylko swoiste działanie wyskoku na układ nerwowy i inne narządy, ale także ich wartość odżywcza i inne składniki napojów". Müller, dyrektor kliniki lekarskiej w Monachium, powiada: „Co się tyczy użycia wyskoku u chorych, to przyznaję słuszność Noordenowi, który go w leczeniu cukrzycy uważa za użyteczny i niemal niezbędny. Także u chorych starców i u chorych z ciężką anhedonią jest wino, jako środek usuwający troski, wybornym lekiem. Natomiast w ostrych chorobach gorączkowych, np. zapaleniu płuc, grypie, a nawet w durze, zarzuciłem wyskok prawie zupełnie. Tylko w długotrwałych stanach gorączkowych, a więc także i w późniejszych okresach duru, stosujemy wyskok jako jeden z najlepszych środków na łaknienie, albo jako środek skrzepiający, podobnie do eteru". Martius, dyrektor kliniki lekarskiej w Rostocku, uważa również wyskok za środek leczniczy w niektórych chorobach (zapalenie płuc starszych osób) tj. „za sztuczny środek, wspomagający przyrodę w walce z chorobą". Jürgensen z Tybingi nie wspomina nic o wyskoku jako leku, nazywa tylko w ogólności wyskok „dobrym darem Boga". Fürstner, dyrektor kliniki psychiatrycznej w Strassburgu, sądzi, że „w pewnych stanach chorobowych wyskok może przynieść korzyść, a przedewszystkiem usunąć zapad". Rosenthal uważa wyskok w pewnych warunkach za bardzo ważny środek leczniczy, a stany, w których on jest użyteczny, trafiają się także czasem u zdrowych zresztą osób „W tych przypadkach byłoby bezmyślnem tylko dla zasady wstrzemięźliwości zrzekać się jego zbawiennego wpływu". Według niego „napoje wyskokowe, które obok wyskoku zawierają jeszcze znaczną ilość rzeczywistych istot odżywczych, są istotnie pokarmami. Ich wartość higieniczna zależy przeto głównie od stosunku ilości substancyi odżywczych do ilości wyskoku, a te z nich, które zawierają mało wyskoku, jak pewne piwa (gdański Joopenbier, brunszwicka Mumme, wszystkie tak zw. Ammenbiere) mogą w pewnych warunkach stać się najcenniejszymi środkami odżywczymi, bez których wcale obejść się nie można u ozdrowieńców i w podobnych przypadkach". Również profesor Fränkel sądzi, że wyskok „w niektórych przypadkach jest użytecznym środkiem leczniczym, któregoby lekarz tylko niechętnie się wyrzekł. Z pewnością nie brakowało tutaj szkodliwej przesady. Jeszcze w drugiej połowie ubiegłego stulecia np. miał wyskok w skarbcu leczniczym wielu lekarzy wprost fatalne znaczenie i jeszcze teraz bywa stosowany w leczeniu chorób zakaźnych mojem zdaniem przesadnie i bez tej ostrożności, która jest konieczna przy środku tak niebezpiecznym i obosiecznym. Lecznicze działanie wyskoku polega z jednej strony na jego podniecających własnościach, zwłaszcza w nagłych osłabieniach, przy grożących porażeniach mózgu albo serca; w tych zatem stanach, które lekarz nazywa zapadem, okazuje się wyskok pod postacią wina albo wódki w pewnych okolicznościach lekiem ocalającym życie. Naodwrót w innych przypadkach jest użyteczny właśnie porażający wpływ wyskoku. Lek ten uspokaja psychicznie podnieconych, łagodzi ból zranionych, przynosi upragniony sen cierpiącym na bezsenność. Oczywiście trzeba się strzedz, ażeby tych własności wyskoku nie nadużywać".

Że nawet w szeregach lekarzy abstynentów nie brak takich, którzy krzewiąc bezwzględną zresztą wstrzemięźliwość, dla wyskoku jako leku czynią wyjątek, dowodem np Bonne, jeden z przywódców niemieckiego ruchu wstrzemięźliwości, który o wyskoku jako leku w zapaleniu płuc i posocznicy tak się wyraża: „Badałem w ostatnich latach bez uprzedzenia tę sprawę i doszedłem do wniosku, że dobre wino, starannie do indywidualności dostosowane, jak lekkie wino moselskie, wino czerwone, portwein, sekt, użyte w miarę, u osłabionych, do wyskoku nieprzyzwyczajonych chorych może złagodzić duszność i czasami, być może z powodu wydatniejszych wdechów, poprawić tętno; toż samo u osłabionych, do wyskoku przyzwyczajonych chorych pod pewnymi warunkami dawka koniaku". „Że wyskok, szczególnie po poprzedniej wstrzemięźliwości, w gorączce posoczniczej działa podmiotowo dobroczynnie na chorego, stwierdziłem przed laty na sobie samym w bardzo ciężkiej posocznicy, która doprowadziła ostatecznie do zakrzepu żyły udowej i zatoru płucnego z następowem zapaleniem opłucnej. Pomimo ciężkiego mego wówczas stanu — byłem już bez nadziei i zawdzięczam życie tylko ofiarnej opiece zacnych kolegów — jeszcze przecież wyraźnie sobie przypominam szczególne działanie podawanej mi bardzo obficie madery i starego portweinu. Cierpiałem na niewypowiedzianą duszność, a to uczucie trwogi, niemożności zaczerpnięcia tchu, usuwało wino w tak zdumiewający sposób, że zawsze chciwie chwytałem za podawaną szklankę".

Aby się przekonać, jak wielką rubrykę stanowi wyskok i jego przetwory w wydatkach szpitali i zakładów dobroczynnych w państwach, stojących na wyżynie nowoczesnej kultury, wystarcza rzucić okiem na podane poniżej liczby i porównać je ze stosunkami naszych klinik i szpitali, gdzie butelka piwa lub kefiru, albo kieliszek wina, podanego choremu, uważana jest już za wielki zbytek. W ber-

lińskiej Charité wedle urzędowych sprawozdań wydaje się rok rocznie 20.000 marek na piwo, a 25.000 na inne napoje wyskokowe, razem 45.000 marek na wyskok. W paryskich szpitalach wydatki na napoje wyskokowe wynosiły w roku 1896 223.657 fr., a w r. 1900 445.742. W schroniskach dla ubogich Anglii i Walii wydano w r. 1898—32 911 f. szt. czyli 660.000 mk. na napoje wyskokowe; przed 22 laty wydano 82.555 f. szt., a więc o milion marek więcej. Tożsamo i we wszystkich zakładach dla obłąkanych wydaje się na napoje wyskokowe stosunkowo wiele. W berlińskim zakładzie dla obłąkanych Dalldorf wypito w roku 1896/7 319.518 flaszek piwa bawarskiego, 27.187 flaszek piwa białego, 11.067 litrów piwa białego i ciemnego, a obliczając flaszkę albo litr piwa tylko na 10 fenigów, to wydano tam okrągło 35.800 marek na samo piwo. W saskim zakładzie dla obłąkanych Alt-Scherbitz wynosiły wydatki na napoje wyskowe w latach 1895/8 przeszło 16.000 marek. W zakładzie dla obłąkanych Friedrichsberg koło Hamburga wypito w. r. 1898 2·822 hektolitrów piwa za 56 500 marek; w r. 1899 wypito 2938,5 hektolitrów piwa, czyli za 58.770 marek. Lotaryński zakład dla obłąkanych Stefansfelde-Hördt wydał w r. 1898/9 na jednego chorego 23·52 marki za napoje wyskokowe. W Bois de Cery wypito w r. 1899 32.530 l. wina za 15.216 f fr. Bonne przytacza budżet jednego z niemieckich szpitali garnizonowych; przy małej stosunkowo liczbie chorych wypito w r. 1897 20 litrów koniaku, 150 litrów portweinu, 135 litrów wina czerwonego, 2010 butelek piwa; w r. 1898 15 litrów koniaku, 225 litrów portweinu, 90 litrów wina czerwonego, 1815 butelek piwa; w r. 1899 9 litrów koniaku, 165 litrów portweinu, 45 litrów wina czerwonego, a 1385 butelek piwa. Liczby te dowodzą, że napoje wyskokowe są obecnie obficie stosowane jako środek leczniczy w wielu publicznych i prywatnych zakładach leczniczych.

Podanych powyżej zasad stosowania wyskoku jako leku trzymała się nasza klinika w czasach ostatnich za kierownictwa znamienitego naszego Nauczyciela ś. p. Ed. Korczyńskiego.

Jak wiedzy przyrodniczej wogóle, tak i medycyny zadaniem jest jednakowoż nietylko wykrywanie nowych faktów, ale także sprawdzanie spostrzeżeń dawniejszych i uzupełnianie lub prostowanie wniosków, które z nich wysnuto i za pewne przyjęto. Tę pracę sprawdzania na żywym ustroju chorego człowieka spełnia właśnie klinika i ona to ma obowiązek zająć się w stosownej chwili napozór już rozstrzygniętemi dawniej zagadnieniami i porównać spostrzeżenia kliniczne z nowemi, inną drogą zyskanemi zdobyczami wiedzy. Badanie kliniczne nie może być oczywiście nigdy bezwzględnie ścisłe i wolne od podmiotowego podbarwienia, niemniej atoli nie jest ono bez wartości, a to właśnie dlatego, że jest wykonane na ustroju ludzkim.

Dla lepszego oświetlenia znaczenia wyskoku w wielu chorobach niech więc posłużą nasze własne spostrzeżenia na chorych kliniki lekarskiej Uniw. Jag. z roku 1905. Rok ten wybieramy z tego powodu, że składa on się z dwóch zupełnie sobie przeciwnych okresów postępowania leczniczego, które ze sobą porównać można. W pierwszej połowie 1905 r. t. j. od stycznia do 15 lipca stosowano dawnym trybem napoje wyskokowe we wszystkich przypadkach, w których wyskok mógł być wskazany, w drugiej zaś połowie roku, t. j. od października do końca grudnia 1905 r., żadnemu choremu klinicznemu wyskoku w żadnej postaci nie podawano, a natomiast używano innych środków podniecających i skrzepiających, kawy, kofeiny, kamfory, eteru i t. p.

Największa liczba przypadków, w których używano wyskoku, przypadała na miesiąc marzec, kwiecień, maj i czerwiec. Z napojów wyskokowych podawano chorym zwykle wino węgierskie, jako napój stołowy, a w ciężkich przypadkach jako lek wino tokajskie i koniak, jako środek odżywczy kefir i piwo. Wino węgierskie 4 letnie w cenie 2 kor. za butelkę, zawierającą 700 gr. i wino tokajskie z lat 1883, 1884 i 1901 w cenie 10, 6 i 5 kor. za butelkę 750 gr., pochodziły z okolicy Mad na Węgrzech, a dostarczała ich firma Gralewski i Sp. w Krakowie; koniaku również węgierskiego w cenie 5 koron za flaszkę litrową dostarczała również ta sama firma; piwo zwykłe marcowe pochodziło z browaru Okocimskiego, kefir zaś w cenie 44 hal. za pół litra pochodził z krakowskiego zakładu kefirowego Lipińskiej. Wyskoku zawierało zwykłe wino węgierskie 13%, wino tokajskie przeszło 14%, a koniak powyżej 50%; kefir 1—2-dniowy zawierał wyskoku 2%, a wartość odżywcza jednego litra równała się 32 grm. białka + 20 grm. tłuszczu + 16 grm. cukru mlecznego; piwo zaś zawierało wyskoku 3%, a jeden litr tego piwa zawierał tyle istot białkowatych, co 130 grm. mleka albo 60 grm. chleba lub 25 grm. mięsa, węglowodanów zaś tyle, co 100 grm chleba. Ciężkich piw, jak piw monachijskich, porterów krajowych, czy zagranicznych, boków lub piw leczniczych, dalej t. zw. win leczniczych, jak Malaga, Malvasier, Marshalla, Sherry, Madeira, wino cypryjskie i t. d., stosowanych w zakładach zagranicznych, z powodu szczupłości wyznaczonych dla kliniki funduszów nie można było ani stale podawać, ani nawet próbować ich działania u chorych. Z tych samych powodów podano raz tylko u jednego ciężko chorego wino szampańskie. Jako normę w podawaniu przyjęto 300 cm.³ wina węgierskiego czyli 39 cm.³ wyskoku, 200 cm.³ wina tokajskiego czyli 29 cm.³ wyskoku, lub 100—150 cm.³ koniaku, czyli 50—75 cm.³ wyskoku na dzień dla jednego chorego; co do kefiru normą była jedna, wyjątkowo 2 butelki dziennie, co do piwa również jedna butelka. O jakiemś stopniowaniu dawek kefiru, jak przy metodycznem użyciu kumysu również z wymienionych już powodów niestety wcale mowy być nie mogło.

Za zasadę przyjęto, że każdy chory kliniczny o odżywieniu podupadłem, o ile niema przeciwwskazań, powinien dostawać jako środek odżywczy kefir lub piwo; w leczeniu bezsenności należało podawać przedewszystkiem piwo, a potem dopiero w razie nieskuteczności lub szkodliwości sięgać po środki apteczne; w każdym ciężkim przypadku chorobowym należało stosować wino tokajskie lub koniak.

Liczba przypadków chorobowych, w których podawano napoje wyskokowe, była bardzo znaczna, a dni choroby przypadało średnio na jednego chorego około 30. Chorych, u których stosowano kefir lub piwo, było ogółem 338, z tego w pawilonie głównym 258, w pawilonie izolacyjnym 80. Wino piło wogóle 165 chorych, z tego 139 w pawilonie głównym, a 36 w pawilonie izolacyjnym. Przypadków ciężkich, leczonych winem tokajskiem lub koniakiem, było 71, z tego 56 w pawilonie głównym, a 15 w pawilonie izolacyjnym. Co się tyczy jakości tych przypadków ciężkich,

to było między nimi 16 przypadków zapalenia płuc włóknikowego (5 z nich zmarło), posocznicy i ropnicy 7 (3 zmarło), duru brzusznego 4 (zmarł 1), wad serca 13 (4 zmarło), niedomogi mięśnia sercowego 5 (zmarła 1), wysiękowego zapalenia osierdzia 1, gruźlicy płuc 1, zgorzeli płuc 1, ropniaka opłucnej 1, zapalenia otrzewnej 1, niedokrwistości ciężkich pokrwotocznych 2, niedokrwistości złośliwej 1, 1 przypadek cukrzycy i 1 ukąszenie żmii w pawilonie głównym; w pawilonie zaś izolacyjnym były przypadki: duru plamistego 2 (zmarł 1), błonicy 1, grypy 2, niedomogi mięśnia sercowego 1 (zmarła), przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego z septycznem zapaleniem pęcherza 1, ropniaka opłucnej z odmą na tle gruźliczem 1, zgorzeli torbiela jamy brzusznej 1 (zmarł) i 6 przypadków gruźlicy rozpadowej płuc w ostatnim okresie (zmarły wszystkie). Wino stołowe podawano w przypadkach nacieków szczytowych, zapaleń opłucnej, w zapaleniach osierdzia, w przewlekłych zapaleniach mięśnia sercowego, w niektórych chorobach przewodu pokarmowego, w ropniach wątroby, kile zastarzałej, cukrzycy, w niedokrwistościach, błednicach, u ozdrowieńców, zwłaszcza po chorobach zakaźnych, w niektórych nerwicach ogólnych i t. d.

Szczegółów tych licznych spostrzeżeń przytaczać w całości nie będziemy, a ograniczymy się tylko do nakreślenia kilku historyi chorób, aby wskazać na korzystne działanie wyskoku, zwłaszcza w chorobach gorączkowych.

1) Nr. dz. 54. P. I. Sz., student, przyjęty do kliniki lekarskiej dnia 12/IV 1905 z powodu duszności, potów nocnych, gorączki, bólów głowy i kaszlu. Badanie przedmiotowe stwierdza: blizny pooperacyjne na szyi; ciepłota podniesiona, waha się między 37° C a 38·6° C z największemi wzniesieniami pod wieczór; w narządzie oddechowym przytłumienie po stronie prawej do połowy łopatki, po lewej aż 3 palce niżej grzebienia łopatki, szmery szorstkie i liczne rzężenia dźwięczne, głównie w szczytach; w pasze lewej przytłumienie bez osłabienia drżenia i szmerów oddechowych z rozległem tarciem opłucnem; w narządzie krążenia początki miażdżycy; wątroba niemacalna, stłumienie opukowe wyraźnie powiększone; śledziona macalna i powiększona znacznie. Podmiotowo chory skarży się na niemoc ogólną, poty, duszność, kaszel, brak łaknienia, rozdrażnienie, bezsenność i kłucie w boku lewym. Rozpoznanie brzmiało: *Infiltr. apicum in indiv. cum atherosi incipiente, pleuritis sicca sin. recens, tumor lienis.* Zalecono forsowne żywienie, a z leków duotal po 0·5 (3 pr. dz.), *codein. phosph.* po 0·02 (3 pr. dziennie) i agarycynę w pigułkach (a 0·005) 1—2 pig. na noc. Pierwsze dwa tygodnie pobytu chorego w klinice pozostają bez wpływu na stan podmiotowy i przedmiotowy chorego. Chory, w wysokim stopniu przygnębiony, patrzy na swą przyszłość czarno i pragnie jako wyzwolenia jak najszybszej śmierci, gorączkuje do 39°, poci się dość obficie mimo agarycyny, a potem weronalu; łaknienie bardzo upośledzone, sen krótki, przerywany. Na usilne żądanie chorego, by mu podać wyskok, do którego był przyzwyczajony i którego dawniej nawet dosyć nadużywał, przepisano mu wyskok pod postacią koniaku (75 cm³. na dzień) i wina stołowego (350 cm³., czyli pół butelki na dzień). Odtąd (27/IV) nastaje wyraźny zwrot ku lepszemu. Nastrój chorego staje się weselszy, mniej przygnębiony, wyraźna euforya, nadzieja pomyślnego zejścia choroby większa; łaknienie się podnosi, chory domaga się jadła, które spożywałby chętnie, gdyby nie jego jakość, a równolegle z tem podnosi się ciężar ciała, który początkowo spada z 61 kg. na 58·200, a potem nietylko dorównywa pierwotnej wysokości, ale nawet przyrasta o 1 kg., czyli wynosi przy opuszczeniu zakładu 62 kg. Stan ogólny się poprawia, chory zaczyna lepiej wyglądać, kształty ciała zaokrąglają się i wypełniają, chory, spokojniej patrząc w przyszłość, śpi snem naturalnym, jak za czasów zdrowia. Z poprawą stanu ciepłota spada poniżej 37°, a tylko czasowo wznosi się ponad 37°; jedynie kaszel, zwłaszcza rano, z odkrztuszaniem niezbyt obfitem utrzymuje się aż do opuszczenia zakładu, a poty, jakkolwiek mniej obfite, trapią chorego czas dłuższy i wreszcie po podaniu kilku dawek gwakamfolu po 0·5 znikają. Dnia 13/VI 1905 w stanie znakomitej poprawy chory opuszcza zakład, a po powrocie z Zakopanego, gdzie stan jego jeszcze bardziej się poprawia, oświadcza, że jedynie wyskokowi zawdzięcza tak szybki powrót do zdrowia.

2) Nr. dz. 51. P. I. Dr. T., lat 40, w przejeździe na południe ciężko zaniemógł w Krakowie wśród objawów duszności, sinicy, lekkich obrzęków, ogromnego osłabienia, bezsenności, upadku łaknienia, którym towarzyszą kaszel z odkrztuszaniem obfitem, dreszczyki, czasem biegunka. Chory przedstawia typowy obraz nałogowego opilcy: nieżyt gardła, drżenie języka i rąk, miażdżyca dość wybitna, znaczny obrzęk wątroby i śledziony z niewielką puchliną brzuszną, w płucach nacieki szczytowe, sięgające do połowy łopatek, z rzężeniami bardzo skąpemi, wyraźne objawy niedomogi serca z tętnem słabo napiętem, drobnem, szybkiem (120 na min.). Ciepłota cały czas prawie nie podwyższona. Podmiotowo skarży się chory na ogromne osłabienie, brak sił, bezsenność, duszność, uczucie ucisku na klatce piersiowej, kaszel, ogólne rozdrażnienie i brak łaknienia. Rozpoznanie brzmiało: *Infiltratio apicum. Potatorium. Adynamia cordis toxica. Tumor hepatis ac lienis* (*Cirrhosis incipiens*). *Delirium tremens intercurrens.* Leczenie, przez 10 dni pierwszych bezwyskokowe, polega na podawaniu środków sercowych, przedewszystkiem naparstnicy jużto w płynie, jużto w proszku i środków uspokajających układ nerwowy. Leczenie to pozostaje bez wpływu na stan ogólny i psychiczny chorego i nie usuwa dolegliwości podmiotowych. Dnia 15/IV pod wieczór wybuch obłędu opilczego (zamroczenie świadomości, niepokój, podniecenie, zwidywania); tętno jeszcze szybsze, dochodzi do 160 na minutę, gorzej napięte. Podano wyskok, a w szczególności koniak (kilka kieliszków dziennie), wino tokajskie ($^1/_3$ butelki dziennie), a jako napój stołowy wino węgierskie. Na trzeci dzień objawy obłędu ustępują. I w stanie podmiotowym chorego następuje wyraźna poprawa, chory jest swobodniejszy, mniej przygnębiony, wolny od trapiących go dawniej myśli, śpi lepiej, miewa łaknienie, a co najważniejsze uczucie ugniecenia na klatce piersiowej i duszność jakby za dotknięciem różdżki czarodziejskiej znikają; przedmiotowo tętno staje się wolniejsze, lepiej napięte, ilość moczu rośnie. Ten przewrót jest tak dalece łudzący, że najbliższe otoczenie chorego, przygotowane już na wszystko najgorszego, zaczyna wierzyć w powrót jego do zdrowia, lub przynajmniej znaczną poprawę. Stan ten, stosunkowo znośny, trwa z nieznacznemi wahaniami przy ciągłem jednak podawaniu znacznych ilości mocnego wina i koniaku aż do 3/V. Dnia 3/V pod wieczór nagłe pogorszenie, dnia następnego rozpoczyna się konanie, które trwa aż do 6/V, a którego długość i okropność łagodzi tylko wino. Dnia 6/V śmierć.

3) Nr. Dz. 276. W. St., lat 19. Przyjęta do kliniki dnia 15/VI 1905. Dnia 2/VI. poród. Łożysko sztucznie wyjęte. Dn. 5/VI dreszcz, gorączka. 12/VI lekarz wydobył dodatkowe łożysko z macicy. Mimo tego gorączka utrzymuje się, dreszcze powtarzają się codziennie. 15/VI przyjęto chorą do kliniki. Badanie, wówczas dokonane, stwierdza: kobieta dobrze zbudowana, dość dobrze odżywiona. Na twarzy wyraz ciężkiego schorzenia. Usiąść, ani obrócić się w łóżku o własnych siłach nie może. Skóra woskowo-blada. Błony śluzowe, dostępne badaniu, również blade. Narząd oddechowy bez zmian. Liczba oddechów 40. Narząd krążenia: uderzenie końca serca w 5 międzyżebrzu na zewnątrz od linii sutkowej, rozlane, podnoszące. Nad końcem serca szmer skurczowy głośny, długi. Drugi ton nad tętnicą płucną zaostrzony. T. 120, miękkie, regularne. Inne narządy zmian nie okazują. Ciepłota 40° C. 20/VI. Stan znacznie gorszy. Codziennie dreszcze, po których rozpływne poty. Biegunka. Ciepłota 38—40° C. T. 130—140, miękkie, regularne. Z powodu kilkakrotnie powtarzającego się zapadu wstrzykuje się dwa razy dnia *Ol. camphor.* po 3 cm³. Nadto podaje się kofeinę, digalen. 24/VI. Stan ciężki. Ciepłota 40° C. T. 130, nieregularne, miękkie. Chora skarży się na lęk i duszność. Leczenie to samo. 26/VI. Bladość twarzy i zaostrzenie rysów, tętno 120, nikłe, przyspieszone, nieregularne. Oddechy płytkie, duszność. L. oddech. 40. Stan beznadziejny. Podano starsze wino węgierskie (butelka 10 kor.). 27/VI. Wypiła przez dobę butelkę wina. Podmiotowo czuje się lepiej, nie doznaje uczucia lęku, ani duszności. Tętno pełniejsze, niemiarowość utrzymuje się. L. tętna 120. Temp. 39°. 29/VI. Wypija codziennie butelkę starszego mocnego węgrzyna. Twierdzi, że od czasu, gdy używa wina, czuje znaczne polepszenie. Podmiotowo stwierdzić można: akcya serca silniejsza, tętno pełniejsze, mniej niemiarowe, l. t. 115. L. oddech. 30. 3/VI. Od wczoraj nie doznaje dreszczów. Wygląda znacznie lepiej. Tętno regularne, dobrze napięte. L. t. 110. L. oddechów 26. 7/VII. Od dwóch dni nie gorączkuje. Siły większe. L. t. 104, regularne. Po każdym ruchu l. t. podnosi się na 120. Przestano podawać wino stare, a ograniczono się do podawania słabego wina węgierskiego. 24/VII opuszcza klinikę w stanie ozdrowienia. Ze wszystkich sposobów leczenia czuła się chora podczas podawania starego wina najlepiej i od tego czasu rozpoczął się zwrot choroby, uważanej za beznadziejną, ku lepszemu.

Całość naszych spostrzeżeń da się ująć w kilku następujących punktach:

1. Wyskok, jako wino ciężkie lub koniak, jest naszem zdaniem lekiem znacznej wartości, bez którego medycyna wewnętrzna, zmuszona tak często działać czysto objawowo, stanowczo nie może się obejść, ani którego nie może niczem innem zastąpić. Lekarz, rugujący wyskok z lecznictwa, pozbywałby się jednego z potężnych środków walki z chorobą i uszczuplałby o jeden dzielny lek ten arsenał, który i tak jest niezbyt wielki, a którego zasoby lekarz powinien zwiększać, a nie zmniejszać. Trujące przy przewlekłem nadużyciu działanie wyskoku nie może i nie powinno wytrącać go z rąk naszych, ani zachwiewać nas w podaniu go tam, gdzie on jest istotnie potrzebnym; ono czyni tylko konieczną ostrożność w dawkowaniu i nakazuje ściśle indywidualizować. Lekarz zmuszony jest nieraz stosować środki, które w dawkach większych lub długo podawane są gwałtownemi truciznami lub przynoszą nieobliczalne szkody; a przecież lekarz doraźnie je podaje i podawać musi, bo korzyść niezwłoczna i ocalenie chorego są w danej chwili ważniejsze, niż możliwa strata w przyszłości.

Wino ciężkie lub koniak jest według naszego doświadczenia lekiem, prawie swoiście, jeśli wolno się tak wyrazić, działającym w gorączkach posocznicznych i ukąszeniach żmii; tu niepodobna nieraz uwolnić się od wrażenia, że lekiem tym poprostu ratuje się życie, tak wybornie działa on objawowo. Wyskok jest dalej lekiem czysto objawowym we wszystkich ciężkich, długotrwałych schorzeniach, połączonych z podupadłem działaniem serca i w nagłych osłabieniach serca, lekiem skrzepiającym mięsień sercowy i wydobywającym z niego resztki zapasowych sił. Wyskok jest też lekiem, podmiotowo na chorego wpływającym, usuwającym niektóre dolegliwości i dającym choremu złudzenie siły w zapasach z chorobą; jest środkiem cennym nieraz dla swej własności hamowania wyższych skojarzeń, działającym na usposobienie chorego raz jako środek podniecający, innym razem jako uspokajający; jest w końcu środkiem łagodzącym walkę przedśmiertną ginącego ustroju.

2. Jako wino stołowe jest wyskok środkiem dyetetycznym, poprawiającym w pewnych razach łaknienie, podniecającym czynność żołądka i ułatwiającym wyzyskanie pokarmów, środkiem odświeżającym chorego i dodającym mu otuchy.

3. Jako piwo jest wyskok używką o korzystnem w pewnych razach działaniu i środkiem odżywczym nie bez wartości u jednych chorych, u innych wprost nieocenionym, w końcu środkiem nasennym, niestety zbyt rzadko polecanym.

4. Jako kefir jest wyskok wybornym niekiedy pokarmem, upragnionym i ulubionym przez chorego, dającym czasami wyniki niespodziewane, przybytki na ciężarze, przekraczające oczekiwanie.

Takim jest w ogólnych zarysach pogląd nasz na wartość wyskoku jako leku, oparty na własnem doświadczeniu.

Słowem wyskok, a właściwie napoje wyskokowe, gdyby nawet wszyscy ludzie zdrowi stali się wstrzemięźliwi, w arsenale leczniczym pozostanie tem, czem był; z małemi ograniczeniami będzie wyskok w rękach lekarza ostrożnego zawsze w walce z chorobą potężną bronią, której działanie zgubne znać i omijać, ale użyteczny wpływ umiejętnie wyzyskać jest rzeczą lekarskiej intuicyi, wiedzy i doświadczenia.

Wyskok może być także użytym zewnętrznie, sam lub z domieszką różnych środków leczniczych. Ten sposób stosowania jego w postaci okładów badano również na obfitym materyale w roku zeszłym w naszej klinice i z tych badań zdana będzie później sprawa.

Kończąc zaznaczam, że zamiarem naszym w tej pracy było nietylko przedmiotowo na podstawie naszego materyału klinicznego i cudzych zapatrywań rozstrząsnąć pytanie, dotyczące wyskoku jako leku, ale także powstrzymać tych, którzy porwani prądem chwili, gotowi byli usunąć wyskok z rzędu leków i odmówić mu wszelkiego działania leczniczego.

Panu Prof. W. Jaworskiemu, kierownikowi kliniki lekarskiej, składam serdeczne podziękowanie za pozwolenie korzystania z materyałów klinicznych, a koll. Latkowskiemu i Mięsowiczowi za udzielenie mi dokładnych spostrzeżeń i cenne uwagi.

Z kliniki lekarskiej i pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Chlorek barowy jako środek sercowy.

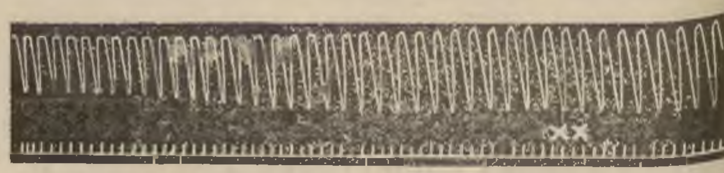
(Badania kliniczno-doświadczalne).

Podał

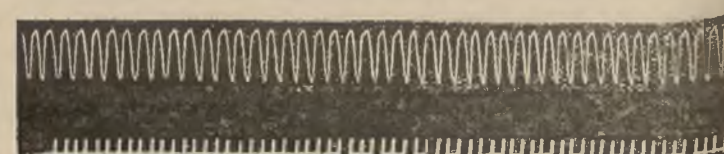
Docent Witold Orłowski.

(Ciąg dalszy).

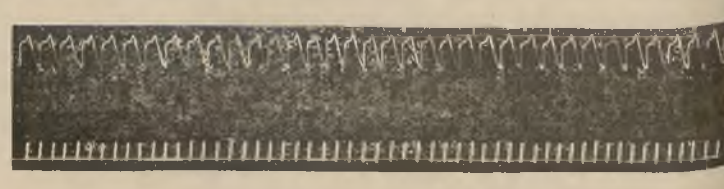
Różnicę działania na mięsień sercowy chlorku barowego i digitaliny u żab wyśmienicie objaśniają krzywe, z których przytaczam po jednej dla każdego z tych środków.



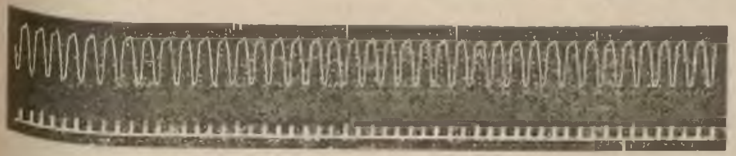
I. a) Krzywa komory sercowej żaby; czytać należy ze strony prawej ku lewej. ✕✕ oznacza czas wstrzyknięcia chlorku barowego w dawce 0,05 grm (0,5 cm^3. 10% roztworu) do grzbietowego worka chłonnego.



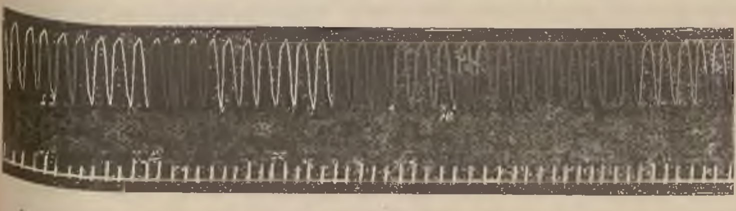
I. b) Krzywa pracy komory sercowej tejże żaby w trzeciej minucie po wstrzyknięciu 0,05 grm. chlorku barowego; czytać od strony prawej ku stronie lewej.



I. c) Krzywa pracy komory sercowej tejże żaby w siódmej minucie po wstrzyknięciu do grzbietowego worka chłonnego 0,05 grm. chlorku barowego; czytać od strony prawej ku lewej.



II. a) Krzywa pracy komory sercowej żaby do wstrzyknięcia digitaliny; czytać od strony prawej ku lewej.



II. b) Krzywa pracy komory sercowej tejże żaby w ósmej minucie po wstrzyknięciu 0,0005 grm. (0.5 ccm. 0,1% roztworu) digitaliny; czytać od strony prawej ku lewej.

Te i inne podobne doświadczenia, których tu opisywać nie będę dla braku miejsca i zupełnego ich podobieństwa do przytoczonych, pouczają przedewszystkiem, iż siła działania chlorku barowego jest niestała. Istotnie bowiem w jednych przypadkach już nader mała dawka, granicząca z obojętną, szybko działa bardzo wybitnie na serce, porażając jego mięsień, w innych znów razach serce opiera się przez czas dłuższy o wiele większej dawce. Tak n. p. dawka 0,005 grm. w wielu doświadczeniach wcale nie działała, w niektórych zaś przeciwnie wstrzymywała czynność serca już w ciągu 2—3 godzin, gdy znów dawka 0.1 grm. zabijała serce czasami zaledwie w ciągu 4—5 godz. We wszystkich przypadkach, w których chlorek barowy wpływał na mięsień sercowy, działanie rozwijało się szybko. Natychmiast po wstrzyknięciu chlorku barowego można było często spostrzegać pewne przyśpieszenie czynności serca, zwłaszcza w doświadczeniach, w których poprzednio ośrodkowy układ nerwowy zniszczono; skurcze serca w tym okresie zwykle nie ulegały zmianie. Wkrótce natomiast w większości doświadczeń następowało zwolnienie pracy komory sercowej. Jeśli jednak czynność serca nie zawsze ulegała zwolnieniu, to jednak zawsze rozmiary komory zmniejszały się, skurcz stawał się dłuższym; szybko do tego dołączały się zaburzenia czynności podczas rozkurczu i rozkurczowe zwiotczenie komory stawało się słabsze, niż poprzednio; niekiedy ta nieprawidłowość następowała już odrazu po wstrzykiwaniu baru; podczas rozkurczu niektóre miejsca komory, zwłaszcza często koniuszek, pozostawały blademi; rozległość (amplituda) skurczów serca szybko zmniejszała się, wkrótce zjawiały się ruchy robaczkowe komory. Zmniejszona komora kurczyła się coraz rzadziej i powierzchowniej; często komora nie mogła już wyrzucić wszystkiej krwi podczas skurczu. Jeszcze później czynność serca stawała się w wysokim stopniu nieprawidłową; komora już to kurczyła się, już to zatrzymywała się na czas dłuższy, przedsionki kurczyły się tyle razy, co i komora, lub naodwrót kurczyły się o 2—5 razy częściej; skurcze komory i przedsionków czasami następowały równocześnie, niekiedy zaś znów nierównocześnie. Ostatecznie komora zatrzymywała się w stanie skurczu, będąc małą i bladą, lub jeśli słabe skurcze trwały bardzo długo, ciemnoczerwoną; po pewnym czasie zatrzymywały się również przedsionki. Znamiennego dla digitaliny wyglądania serca żabiego — przepełnionych krwią ciemnoczerwonych przedsionków, usadowionych na podobieństwo czapki na bladej, bardzo skurczonej komorze, — nigdy przy chlorku barowym nie spostrzegałem. Pod tym więc względem nie mogę potwierdzić zdania Mickwitza i Bary. Wstrzykiwania atropiny, jak również zniszczenie rdzenia kręgowego i mózgu nie wywoływały żadnej zmiany w opisanym co dopiero obrazie działania chlorku barowego.

Jakkolwiek wszystkie te zjawiska kojarzyły się między sobą w oddzielnych doświadczeniach różnorodnie, to wszakże we wszystkich doświadczeniach jaskrawo wyrażało się osłabienie czynności serca, co objawiało się obniżeniem, wzgl. osłabieniem amplitudy skurczów serca, niezupełnem rozkurczowem zwiotczeniem, ruchami robaczkowymi, niemiarowością pracy itd. Zwolnienie uderzeń serca nastawało zawsze tylko w okresie osłabienia czynności serca i nie zależało od podniecenia ośrodkowych i obwodowych zakończeń nn. błędno-współczulnych, ponieważ można je było spostrzegać i w doświadczeniach, w których ośrodkowy układ nerwowy był zniszczony, i w doświadczeniach, w których zadziałano na żabę poprzednio atropiną. Moje doświadczenia przemawiają więc za tem, że chlorek barowy działa bezpośrednio na mięsień sercowy i działa porażająco. Wzmocnienia skurczu z jednoczesnem jego przedłużeniem i nadmiernego zwiotczenia komory podczas rozkurczu, co jest objawem znamiennym dla naparstnicy, przy chlorku barowym nie spostrzegałem ani razu.

Po doświadczeniach na żabach przeszedłem do badania wpływu chlorku barowego na serce odosobnione.

Wobec różnorodnych wpływów i zawiłości zjawisk, powstających w ustroju przy działaniu różnych środków na serce i obieg krwi, już oddawna powstała myśl stworzenia takiej metodyki, któraby dozwalała badać działanie trucizny bezpośrednio na serce, niezależnie od wpływów ubocznych. Po niepomyślnych pierwszych próbach udało się wreszcie Ludwigowi wypracować metodę odosobnienia serca u zwierząt o zmiennej ciepłocie; Meadi Smith, Stolnikow (38) i Pawlow (39) udoskonalili ją. Z doświadczeń na zwierzętach ciepłokrwistych pierwszą metodę podał Newell-Martin (40) w r. 1881. Nie mając zamiaru opisywać tu wszystkich tych metod, jakkolwiek ich przegląd krytyczny mógłby być bardzo zajmujący, ograniczę się tylko do wyliczenia ich w bardzo krótkim zarysie i do szczegółowszego opisu tej metody, której używałem w moich doświadczeniach.

Metody odosobnienia serca u zwierząt o stałej ciepłocie można podzielić na dwie gromady. Do pierwszej zaliczam wszystkie te metody, które pozostawiają serce w ustroju zwierzęcia, wyłączając tylko wpływ układu naczyniowego przez użycie sztucznego krążenia, oraz wpływ układu nerwowego; płyn, zawierający krew, przeznaczony do odżywiania serca, przechodzi we wszystkich tych metodach tylko przez jamy sercowe (Newell-Martin (41), Martin i Applegarth (42), Ludwig, Pawłow, Czystowicz (43), Bohr i Henriquez (44), Hering (45), Bock (46). Drugą grupę stanowią metody, w których serce wycina się z ustroju i utrzymuje się przy życiu przez odżywianie płynem, przechodzącym przez naczynia wieńcowe. Do tej grupy należy wśród innych metoda Langendorffa (47). Wypuściwszy przez tętnicę szyjną (*a. carotis*) ze zwierzęcia, najlepiej kota, krew, Langendorff wycina serce; następnie przez rurkę, umocowaną w tętnicy głównej, prze-

płukuje serce i początkowy odcinek tętnicy głównej 0,7% roczczynem soli kuchennej w celu usunięcia reszty krwi i skrzepów. Napełniwszy następnie rurkę tymże płynem, Langendorff łączy ją z przyrządem, który pozwala utrzymywać stałą ciepłotę i ciśnienie, pod którem płynie do serca ciecz odżywcza, mianowicie odwłókniona krew zwierzęcia tegoż gatunku, rozcieńczona 0,7% soli kuchennej. Ciśnienie dobiera się odpowiednio do ciśnienia krwi w tętnicy głównej zwierzęcia; wskutek tego zastawki półksiężycowate tętnicy głównej pozostają przez cały czas zamknięte i płyn odżywczy skierowuje się do tętnic wieńcowych, stamtąd przez żyły wieńcowe wraca do prawego przedsionka, skąd wylewa się do podstawionego naczynia. Skurcze serca Langendorff zapisywał zapomocą haczyka metalowego, wetkniętego w koniuszek serca i połączonego zapomocą osobnego przyrządu z przyrządem Mareya. (Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

O teoryi Arnetha.

Napisał

Dr. E. Stahr.

Piśmiennictwo: 1) Arneth: a) Die neutrophilen Leucocyten bei acuten Infektionskrankheiten, Jena 1904, (G. Fischer); b) Münchener mediz. Wochenschrift 1904, Nr. 25, 27, 45; c) Zeitschrift für klinische Medizin 1904, T. 54, Zesz. 3 i 4; d) Archiv für Gynaekologie 1904, T. 74, Zesz. 1. 2) E. Hiller: Przyczynki do morfologii neutrofilnych leukocytów i ich klinicznego znaczenia (Folia haematol. II. 2). — 3) A. Pappenheim: Kilka uwag z powodu powyższego artykułu (Ibid.). — 4) Doc. Arneth: Odpowiedź na artykuł E. Hillera (Ibidem. II. 3).

Jak czytelnikom »Przeglądu« wiadomo, ogłosił Arneth w roku 1904. obszerne studyum (zobacz sprawozdanie w Nr. 30. »Przeglądu« z r. 1905) o neutrofilnych leukocytach. W pracy swej zwraca szczególną uwagę na postać jądra w neutrofilnych leukocytach i dzieli je wedle tego na kilka grup. Dla przypomnienia pozwolę sobie tutaj krótko powtórzyć myśli Arnetha. Rozróżnia on 5 klas krwinek białych neutrofilnych: do klasy I. zalicza neutrofile o obfitej ziarninie i jednem jądrze soczystem, okrągłem i płytko lub głęboko zakarbowanem, do klasy II. należą neutrofile o jądrze składającem się z 2 części, do klasy III. neutrofile, w których jądrze dadzą się odróżnić 3 części składowe i t. d. Pierwsze dwie klasy znajdują się w krwi prawidłowej w bardzo skąpej ilości, klasa III. stanowi 48 prc, IV. 23 prc., a V. 4 prc. ogólnej liczby neutrofilów. Wśród chorób mają występować najrozmaitsze zmiany w powyższym obrazie neutrofilnym krwi, w toku ciężkich zaburzeń w ustroju może się obraz wprost odwrócić. Arneth otwiera w ten sposób w hematologii nowe pola widzenia, dochodzi do wniosków, zezwalających na daleką perspektywę co do rozpoznania i rokowania, jako też oświetla bliżej zjawiska życiowe leukocytów. Dla sprawdzenia wniosków Arnetha podjął Hiller, zachęcony przez Grawitza, histologiczne badania krwi w stanach prawidłowych i chorobowych.

Przedewszystkiem zarzuca Hiller Arnethowi, że za wiele buduje na postaci i wielkości neutrofilów, a przecież szczególnie ich wielkość waha się w szerokich granicach u różnych osób, a nawet u jednej i tej samej osoby nawet w warunkach prawidłowych. Prócz tego na wielkość neutrofilów w preparatach krwi wpływa wiele czynników, których usunąć nie można. Wybitny wpływ ma pod tym względem grubość preparatu. W preparatach cienko roztartych neutrofile, silniej szkiełkami przygniecione, będą większe, a nadto nie będą miały tak krągłych obrysów. Wielkość neutrofilów zależy dalej także od tego, ile upłynęło czasu od roztarcia preparatu do jego wyschnięcia (na co znowu ma wpływ grubość preparatu), od ciepłoty i od przewiewu otaczającego powietrza. I dlatego nie wolno z wielkości leukocytów żadnych poważniejszych wysnuwać wniosków.

Dalej zarzuca Hiller, że podział Arnethowski pozostawia za wiele swobody podmiotowości badacza. I tak n. p. trudno czasem powiedzieć, czy jądro badanej krwinki jest kuliste, czy też ma postać pałeczki, bo wszystkie postacie jąder wzajemnie się mieszają. O wyniku badania stanowi zatem i wprawa i sumienność badacza, a nadto niepomierny wpływ wywiera pod tym względem i dobroć mikroskopu, siła oświetlenia, a wreszcie samo barwienie. Trójbarwik kwaśny Ehrlicha, barwiący tylko neutrofilne ziarna komórkowe, zdaniem autora, wbrew zapatrywaniu Arnetha nie nadaje się tak dobrze do barwienia jądra, jak n. p. sposób Romanowskiego-Ziemanna lub bardzo zbliżony sposób Giemsy, które to sposoby barwią równocześnie wszystkie trzy rodzaje ziaren komórkowych, a nadto niezwykle plastycznie i silnie uwydatniają jądro z wszystkimi najdrobniejszymi szczegółami. Obok tego ma trójbarwik Ehrlicha jeszcze i tę wadę, że barwi w jądrach tak zw. ciałka chromatynowe, które jednak są tylko sztucznym wytworem barwienia i naprawdę tylko strątami barwika. Oto dlatego barwił Hiller i trójbarwikiem Ehrlicha i dla porównania sposobem Romanowskiego-Ziemanna. A obliczając neutrofile i układając je w grupy wedle wskazówek Arnetha dochodzi Hiller do wniosku, że rozłożenie poszczególnych grup i klas podlega wielkim wahaniom nawet u człowieka zdrowego i że dla tego wahaniom tym nie można przypisywać żadnego znaczenia. Wyniki te sprzeciwiają się zapatrywaniom Arnetha, który u człowieka zdrowego znajdował wahania, ale tylko w małych granicach, a przesunięcie się liczb zasadniczych nawet o bardzo małe odsetki uważał za objaw doniosłego znaczenia. Najliczniejszą okazała się klasa II., a potem III., I., IV. Najwyższe liczby znalezione w klasie I. (27) nigdy nie dochodzą w spostrzeżeniach Hillera — i pod tym względem godzą się obaj badacze — najniższych liczb klasy II. Nie mógł się też Hiller przekonać, żeby istniał jakikolwiek ściślejszy związek między zmianami postaci jąder leukocytów, a nasileniem choroby. Jedno zjawisko tylko często można spostrzegać, — a jest to niewątpliwą zasługą Arnetha, który pierwszy na nie zwrócił uwagę, — a mianowicie przybywanie komórek w klasie I. przeważnie kosztem klas III., IV. i t. d. czyli, że często w krwi chorej spotykamy upośledzone różniczkowanie się jąder w leukocytach neutrofilnych. Klasa II. pozostaje nawet w krwi chorej przeważnie w prawidłowych granicach. Równocześnie w krwi chorej spada często liczba limfocytów. Arneth tłómaczy to zjawisko tem, że komórki dojrzałe (a więc klasy III., IV. i t. d.) giną w toku zakażenia ustroju i rozpadając się dostarczają ustrojowi istot ochronnych. Równocześnie stara się pokryć szpik kostny stąd powstały ubytek i jeśli rozpad dojrzałych krwinek białych jest gwałtowny, zapas postaci dojrzałych w szpiku prędko się wyczerpuje i dlatego na plac boju dostają się postacie młodociane, właśnie owe z I. kl., a nawet nieraz i myelocyty. A że myelocyty wedle Arnetha nie mają zdolności wytwarzania niweczników, uważa więc Arneth zjawianie się ich w krwi krążącej za objaw niekorzystnie rokujący. Wbrew zapatrywaniu Arnetha, który opierając się na zdaniu Ehrlicha, uważa neutrofilne leukocyty za wyłączny wytwór szpiku kostnego, twierdzi autor, powołując się na swojego nauczyciela Grawitza, oraz na Askenazego, Erba i Uskoffa, że leukocyty neutrofilne mogą powstawać z limfocytów, oraz twierdzi, że w barwionych preparatach krwi można widzieć postacie przejściowe, począwszy od małych limfocytów aż do wielkich komórek neutrofilnych o jądrze wielopłatowem. Bo i pocóżby były małe limfocyty? zapytuje Hiller. Otóż ubytek ich w różnych chorobach zakaźnych tłómaczy się spiesznem ich przetwarzaniem się w neutrofilne komórki. Dalej wypowiada Hiller zapatrywanie, że z postaci jądra nie wolno wnosić o wieku krwinki, bo w jednej i tej samej komórce bez względu na jej wiek jądro wciąż zmienia swą postać zależnie od zdolności poruszania się, lub zależnie od samego poruszania się komórki. Otóż przybytek limfocytów, a więc krwinek o jednem okrągłem jądrze, w toku zakażeń da się wytłómaczyć porażeniem zdolności ruchów w krwinkach białych. Zresztą jeszcze nie udowodniono, że ciałka wielojądrzaste wśród zakażenia się rozpadają i że jednojądrzaste, czyli też komórki z mało zróżniczkowanem jądrem, są postaciami młodemi. Wszak musi uderzać, że nieraz postacie te, za młodociane uważane, wynoszą we krwi 70—80 prc., gdy o jeden jeszcze stopień młodsze postacie, mianowicie myelocyty, przeważnie wcale się w krwi nie zjawiają, albo w bardzo małych ilościach.

Pappenheim, odpowiadając na powyższe wywody, podnosi z naciskiem, że wybitną zdolność poruszania się spostrzegano od dawna w komórkach wielojądrzastych i dlatego między wielopłatowością jądra, a zdolnością poruszania się upatrywano ścisły związek, mimo to także wyłącznie jednojądrzaste twory napewno mogą się poruszać, a jednak wśród ruchu jądro

ich się nie dzieli, lecz zachowuje pierwotną, jednopłatową postać. Na dowód tego przytacza Pappenheim pochodzące z tkanek tuczne komórki wędrujące (*histiogene Wandermastzellen*), pierwotne amebocyty Saxera, komórki wędrujące łączno-tkankowe Marchanda, a przedewszystkiem małe limfocyty, pochodzące z krwi. A jak wiadomo, limfocyty krwi mają zdolność ruszania się; udowodnili ją Jolly, Hirschfeld i Wolff. Możnaby wprawdzie zarzucić, że limfocyty tylko dlatego okazują okrągłe jądro pod mikroskopem, że je do badania niejako chwytamy w stanie spoczynku. Ale w takim razie trzebaby również przyjąć, że neutrofilne leukocyty chyba »chwytamy« wśród ruchu. To nie jest jednak prawdą, gdyż jądra neutrofilów są wielopłatowe wśród najzupełniejszego spokoju. Ścisłe badania cytologiczne Ballowitza i Pappenheima dowiodły, że postać jądra zmienia się wskutek przemian w wewnętrznej budowie komórki, co ma znowu swoją przyczynę w postępującem starzeniu się, czy też dojrzewaniu komórki. Pappenheim przyznaje, że wszystkie komórki, zarówno jedno-, jak i wielo-jądrzaste, wśród ruchu zmieniają postać jądra, zmiany te jednak znikają z chwilą powrotu w spoczynek i jądra komórek przybierają wtedy z powrotem stałą postać odpowiedniego okresu dojrzałości. Za przypuszczeniem, że postacie jednojądrzaste są w stosunku do wielojądrzastych młodocianemi, przemawia i to, że jednojądrzaste (myelocyty) znajdujemy w warunkach prawidłowych wyłącznie w szpiku kostnym, a więc niejako w wylęgarni.

Arneth wyraźnie się zastrzega, jakoby w którejkolwiek ze swych prac, poświęconych tej sprawie, uwzględniał wielkość neutrofilów i pozwalał sobie na wysnuwanie stąd jakichkolwiek wniosków; pomiary neutrofilów robił wobec nowości swego sposobu badania tylko dla tem większej dokładności.

Zarzut, że metoda Arnetha pozostawia za wiele swobody podmiotowemu poczuciu badacza, może się opierać tylko na tem, że istnieją czasami neutrofile, które niewiadomo, do której klasy zaliczyć; takich neutrofilów jest jednak niewiele, a nie może być inaczej, skoro wszystkie postacie jąder wzajemnie w siebie przechodzą. To, co Arneth opisywał jako ciałka chromatynowe, stanowczo nie jest strątem barwika, co przyznał także Stöhr, przejrzawszy preparaty Arnetha. Dlaczego zresztą tych strątów barwika nie można nigdy znaleźć w protoplazmie komórek, tylko w jądrze? A zresztą Arneth nie wysnuwa żadnych wniosków z obecności lub braku ciałek chromatynowych.

To, że metoda Arnetha nie daje u wszystkich zdrowych ludzi jednakowego obrazu krwi, przemawia tylko za nią, a nie przeciw niej, — zresztą ta metoda, jak wszystkie inne, ma z pewnością swoje usterki. Kto jednak dokładnie śledzi badania Arnetha, nabierze przekonania, że metoda ta daje wyniki ścisłe i jednostajne, mimo że się zajmuje zmianami, dostrzegalnemi tylko pod immersyą i mimo że zmiany te zawsze określa na stu zaledwo komórkach.

Arneth podkreśla, że na zasadniczą część jego teoryi Hiller godzi się. Sprawy pokrewieństwa różnych postaci krwinek białych Arneth w swych pracach nie omawiał i dlatego na zarzuty w tym względzie nie odpowiada. Arneth podnosi wreszcie, że niesłusznie mu Hiller podsuwa to, czego nigdzie w pracy swej nie powiedział, jak n. p., że postacie młodociane nie mogą wytwarzać niweczników, że ich zjawianie się we krwi wśród zakażeń nakazuje źle rokować; Arneth wyraził tylko przypuszczenie, że twory dlatego, że są młodociane, tem samem muszą być słabsze od tworów dojrzałych i że dlatego w walce z zakażeniem łatwiej ulegają.

W każdym razie pozostanie wyłączną zasługą Arnetha, że w nauce o leukocytach wskazał nowe drogi.

Jules Comby: **Podręcznik chorób dzieci.** Tom I. Z 4-go przejrzanego i uzupełnionego wydania (1902) spolszczył dr. Józef Zawadzki. Warszawa. Nakład Biblioteki Lekarskiej 1906. Str. 316, cena rb. 2.

Podręcznik Combyego jest we Francyi chyba najbardziej rozpowszechnionym i w ciągu krótkiego czasu doczekał się czterech wydań. To świadczy wymownie o jego zaletach. Odznacza go krótkie i treściwe, a mimo to bynajmniej nie suche przedstawienie poszczególnych obrazów chorobowych. Autor unika widocznie zapuszczania się w teoretyczne rozważania i spory, ograniczając się do podania tego, co pod tym względem lekarz praktyczny koniecznie wiedzieć powinien. W podręczniku znajdujemy oczywiście wyraz zapatrywań szkoły francuskiej (na które można się zresztą godzić, lub nie godzić), do których budowy i autor znacznie się przyczynił, mianowicie przedewszystkiem co do objawów i zakresu t. z. skazy moczanowej. Autor zalicza do niej także otyłość, wychudzenie, dychawicę, połowiczny ból głowy, cukrzycę, krwawiączkę i krwotoki u noworodków. Pierwszy tom obejmuje obok chorób zakaźnych, chorób odżywiania dziedzicznych i nabytych, opis najważniejszych zatruć. Działu tego nawet obszerniejsze podręczniki często nie uwzględniają. Podręcznik nie zawiera rycin, co za zaletę poczytywać trudno.

Co się tyczy tłómaczenia, to możnaby wprawdzie wytknąć gdzieniegdzie usterki stylistyczne lub językowe, na ogół jednak tłómaczenie przedstawia się bardzo korzystnie i czyta się gładko. Druk i papier są bardzo dobre.

Pozyskanie tego podręcznika dla literatury polskiej należy powitać z uznaniem. *Doc. Lewkowicz.*

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. London. **Dalsze badania nad działaniem radu.** (*Berl. klin. Wochs.* 1905, Nr. 42.). Aby promieniotwórczość osłabić, wystawiał autor skórę badanych osób przez bardzo krótki czas na działanie promieni radu; działanie przez bezpośrednie dotknięcie, trwające zaledwie $^1/_4$ minuty, jest tak silne, że po kilku dniach występują plamy czerwone, po dwu latach prawie bez zmiany się utrzymujące. Dalej badał autor działanie radu na odległość. W górnej ścianie klatki z królikami umieszczono 25 mg bromku radu. Po 16 dniach zaczęły pojawiać się u królików zmiany, przedewszystkiem na skórze, utrata włosów, owrzodzenia, martwica (w tym przypadku działają głównie promienie α), porażenia tylnych kończyn, czemu przy sekcyi odpowiadały zwyrodnienia w rdzeniu, zniesienie popędu płciowego, czemu odpowiadało zwyrodnienie nabłonków w jądrach i jajnikach, zmiany zapalne na siatkówce i zaniki śledziony (działanie promieni β, a głównie γ); — zmiany te rozwinęły się w przeciągu 16 miesięcy. Zapomocą działania radu udało się autorowi zabliźnić przetokę kałową, pozostałą po operacyi raka jelita ślepego. Promienie radu zdają się nietylko nieszkodzić wcale tkance ziarninowej, ale owszem pobudzają ją do żywszego bujania. Autor sądzi, że możnaby tę właściwość radu zużytkować do leczenia ran. *Mostowski.*

Magnus Levy: **Z jakiego źródła czerpie kwas hippurowy swój glykokol.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 45, 1905). Czy białko rozpada się w ustroju na takie same związki i czy te związki w tej samej ilości występują przy rozkładzie fizyologicznym, jak przy hydrolizie sztucznej, czy też hydroliza fizyologiczna przebiega innym torem? By to rozstrzygnąć, podawał autor królikom i baranom będźwinian sodowy. Przy podawaniu tego środka wydziela się moczem kwas hippurowy, połączenie benzoylu z glykokolem, wytwarzającym się z białka ustroju. Autor oznaczał u badanych zwierząt stosunek azotu, wydzielonego jako glykokol, do całkowitej ilości azotu i moczu. Gdyby ustrój żywy odszczepiał tyle glykokolu ze swego białka, ile togoż glykokolu znajdujemy w białku przy sztucznej hydrolizie, to azot glykokolu powinien wynosić 4—5% całkowitej ilości azotu w moczu. Autor stwierdził, że ustrój może odszczepić 25—27% azotu swego białka jako glykokol. Rozpad zatem fizyologiczny białka jest inny, niż rozpad sztuczny. Możnaby sądzić, że inne kwasy aminowe, odszczepiając się od kompleksu białka, zostają dalej przez ustrój utlenione na glykokol; może te utlenienia poprzedza łączenie się kwasów aminowych za pośrednictwem grupy aminowej z benzoylem, poczem cały kompleks alkylowy ulega utlenieniu, a pozostały węgiel z grupą aminową i karboksylem dają glykokol, lub ponieważ połączenie z benzoylem już nastąpiło, kwas hippurowy. Kwasem aminowym, tworzącym glykokol w tych przypadkach, byłaby według dotychczasowych doświadczeń autora leucyna: przy podawaniu bowiem podskórnem benzoylowanych kwasów aminowych, jak benzoylalanina, kwas benzoylasparaginowy itd. wydzielają się one bez zmiany drogą moczu, a tylko benzoylleucyna utlenia się w ustroju na kwas hippurowy. Leucyna zatem może być substancyą macierzystą glykokolu. *Mostowski.*

Zanietowski: **O pojemności elektrycznej ciała ludzkiego.** (*Sprawozd. Tow. biol. w Paryżu* 1906). Według doświadczeń autora, mało dotąd uwzględniona własność ciała ludzkiego, które nietylko prądy elektryczne przepuszcza, ale je także w sobie nagromadza, stoi w ścisłym stosunku z pewnemi zjawiskami życia. W dawniejszych pracach zwracał autor już uwagę, że każdy zbiornik elektryczności wtedy najmniejszej potrzebuje energii do wywołania zjawisk życiowych ruchu i czucia, gdy jego pojemność odpowiada pewnym ściśle oznaczonym granicom. Najnowsze prace autora, wykonane w zakładach uniwersyteckich wrocławskich nad kablami

podmorskimi i różnemi tkankami o różnej pojemności, wskazują na to, jak ważną rolę odgrywa przenoszenie się elektrochemicznych „jonów“ wzdłuż powierzchni, oddzielających od siebie współśrodkowe warstwy nerwów. „Optymalne“ wartości bodźca odpowiadają podobnym własnościom samychże drażnionych tkanek, które pod względem fizycznych zjawisk ciepła, oporu, pojemności i przewodnictwa porównać należy raczej z podmorskim kablem, a nie ze zwykłym drutem, jak to dotąd czyniono. *Gertler.*

Zanietowski: **O zastosowaniu własnej metody rozładowań do myografii.** (*Zeitsch. f. Electrobiol. i Ann. d' Electrobiol.* 1905). Nauka o charakterze zapisanych graficznie skurczów mięśni, uwzględniana dotąd przeważnie tylko przez fizyologów, ma obszerne zastosowanie w praktyce. Metoda rozładowań, opisana przez autora w licznych pracach, służy także do ściślejszego zbadania charakteru i przebiegu skurczu zdrowych i chorych mięśni. Krzywe tego skurczu, zebrane przez autora w ciągu szeregu lat, dadzą się podzielić na typy krzywej spłaszczonej czyli zanikowej (atroficznej), zaokrąglonej czyli niedowładowej (paretycznej), zniekształtnionej czyli kurczowej (spasmodycznej), falistej czyli zwyrodniałej (degeneracyjnej) i na typy pośrednie, odpowiadające nadmiernej pobudliwości i przebiegowi znużenia. Wyniki doświadczalne autora zgadzają się z najnowszemi teoryami biologii i z pracami Joteykówny nad zróżniczkowaniem protoplazmy mięsnej i nad zwyrodnieniem. *Gertler.*

Neufeld i Rimpau: **Dalsze doniesienie o odporności przeciw paciorkowcom i dwoinkom zapalenia płuc.** (*Zeitsch. f. Hyg.* T. 51. Str. 283. 1905). Autorowie na mocy swoich doświadczeń doszli do przekonania, że surowicy przeciwpaciorkowcowej i przeciw zapaleniu płuc nie można uważać za surowicę bakteryobójczą. Sprawy rozpuszczania drobnoustrojów nie mogli stwierdzić ani w probówce, ani w jamie otrzewnej zwierząt, natomiast zauważyli, że pod wpływem surowic swoistych powstaje bardzo silna żerność komórkowa (fagocytoza). Autorowie stwierdzili, że w surowicy swoistej zawarte są istoty, które nie łączą się z ciałkami białemi, lecz z drobnoustrojami i w ten sposób ją zmieniają, że mogą się dostać do białych ciałek. Istoty te nazywają autorowie zmieniaczami bakteryi (bacteriotrop) i nie uważają ich za identyczne z istotami bakteryolitycznemi. Autorowie przypuszczają, że te receptory drobnoustrojowe, które są przenośnikami jadu, zostają przez łączenie się ze wspomnianemi istotami zobojętnione, przez co drobnoustroje stają się dostępne dla ciałek białych. W ten sposób dałoby się wytłómaczyć, dlaczego zapomocą niejadowitych szczepów nie udaje się uzyskać odporności przeciw jadowitym szczepom, albowiem niejadowite bakterye nie mogą wytworzyć istot ochronnych, z powodu braku receptorów, powodujących jadowitość. Czy istoty bakteryotropowe mają znaczenie amboceptora, który we wnętrzu ciałka białego znajduje swój komplement, nie mogli autorowie rozstrzygnąć, gdyż nie udało się otrzymać z ciałek białych istoty w roztworze, któraby sama lub przez dodanie surowicy swoistej mogła rozpuścić paciorkowce lub dwoinki zapalenia płuc. *Gertler.*

Jakuszewicz. **O hemolizynach u zwierząt pozbawionych śledziony.** (*Zeitschr. f. Hygiene.* T. 47). Po wycięciu śledziony, które zwierzęta znoszą na ogół dobrze, zmniejsza się u nich ilość czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny, a znacznie zwiększa się ilość leuko-, a szczególnie limfocytów, zwalnia się odnowa krwi po jej upuście u zwierząt operowanych. Zakażenie sztuczne znoszą zwierzęta te równie dobrze, jak zwierzęta prawidłowe. W wytwarzaniu antytoksyn i aglutynin nie bierze śledziona żadnego lub prawie żadnego udziału. Sporną natomiast jest rzeczą, czy surowica krwi zwierząt bez śledziony posiada własności hemolityczne (to znaczy, czy surowica krwi zwierząt, którym wstrzykiwano ciałka krwi zwierzęcia innego gatunku, rozpuszcza ciałka krwi zwierzęcia tegoż gatunku). London twierdzi, że śledziona w wytwarzaniu hemolizyn bierze udział wybitny, Tarassewicz zaś utrzymuje, że w tym względzie zachowują się jednakowo zwierzęta prawidłowe, jak i pozbawione śledziony. Sprawę tę starał się J. rozstrzygnąć doświadczeniami na kozach, świnkach morskich i królikach; jednym śledzionę wycinał, u drugich oddzielał śledzionę od otoczenia i rozciąwszy ją, zaszywał w jamie brzusznej, u innych wreszcie pozostawiał śledzionę nienaruszoną, a potem wstrzykiwał ciałka krwi barana, królika i świnki morskiej. Hemolityczne własności surowicy krwi tak rozmaicie przygotowanych zwierząt badał autor w postaci czynnej, nieczynnej — po zagrzaniu jej do 56° C., — i po przywróceniu jej działania przez dodatek komplementu (surowicy świnki morskiej, której ilość, potrzebną do tego celu, dokładnie oznaczał). Z doświadczeń tych wynika, że zdolność hemolityczna krwi wzmaga się w miarę uodpornienia obcą krwią; jest ona nadto nieco większą u zwierząt pozbawionych śledziony. Zdolność ta jest 10—100 razy większą w surowicy, reaktywowanej dodatkiem komplementu, nie można przeto przypisać śledzionie zdolności wytwarzania hemolizyn. Zwiększoną zdolność hemolityczną surowicy zwierząt, pozbawionych śledziony, tłómaczy J. zmianami, wywołanemi przez wyjęcie śledziony: zwiększoną leukocytozą i większym udziałem szpiku kostnego w wyrobie krwi. *L. Bier.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. J. Latkowski. **O nowszych sposobach badania chorób nerkowych i sprawności wydzielniczej nerek.** (*Gazeta lekarska* 1905, Nr. 36—39). Autor zestawia wszystkie nowsze sposoby badania chorób nerkowych, obecnie w krakowskiej klinice chorób wewnętrznych używane, oraz ocenia je na podstawie materyału z lat ostatnich. Z dawniejszych sposobów opukiwanie nerek, jako zupełnie nie dające wyników, stało się zbytecznem. Pewniejszym, a najprostszym wstępnym sposobem jest obmacywanie, dające często wskazówki do dalszych badań. Zapomocą obmacywania można stwierdzić zmiany kształtu, zbitości, ruchomości i położenia nerki, oraz jej powiększenie, bolesność lub wytworzenie się guzów. Można też użyć wstrząsania okolicy nerkowej (Goldflam), przyczem uderzanie w okolicę nerki od tyłu wywołuje w razie cierpienia nerki — ból, co nie następuje, jeżeli nerki są zdrowe. Badanie przez pochwę i odbytnicę niewiele przynosi pożytku. Natomiast wydęcie jelita grubego przez odbytnicę jest dobrym sposobem pomocniczym w badaniu nerek. Jeśli ciało badane zniknie pod wpływem wydęcia, to jest niem nerka, jeśli nie zniknie, to nie można wyłączyć, że to jest nerka, gdyż może ona być zrośnięta z otoczeniem i nie przesuwać się. Badanie promieniami Roentgena może posłużyć tylko do wykrycia kamieni nerkowych. Najłatwiej wykryć kamienie ze szczawianu wapniowego, trudniej z fosforanu wapnia, węglanu i kamienie moczanowe. Rozpoznawcze cięcie lędźwiowe, ani obmacanie bezpośrednie nerki po przecięciu otrzewnej, próbowane przez chirurgów, ani nawet przecięcie nerki, nie daje obrazu stanu nerki. Cystoskopia oddaje w badaniu nerek ogromne usługi. Autor przytacza szereg przypadków chorób pęcherza, bezpośrednio cystoskopem rozpoznanych, w których wywiady nie naprowadzały na rozpoznanie choroby pęcherza, a nawet w niektórych poprzednie badanie lekarskie przechylało rozpoznanie ku chorobie nerek. Według L. w przeważnej liczbie chorób nerkowych nie można stanowczo rozpoznawać bez użycia cystoskopu, dopiero bowiem oglądając ściany pęcherza można na pewno stwierdzić, czy zmiany moczu odpowiadają chorobie pęcherza, czy nerek. Chcąc rozpoznać chorobę nerek, a szczególniej chorobę jednostronną, lub przy obustronnych zmianach określić stopień zmian, trzeba odprowadzić mocz z każdej nerki z osobna, a do tego służy cewnikowanie moczowodów i rozdzielanie moczu w pęcherzu odpowiedniemi przyrządami, tak zwanymi rozdzielaczami moczu. Cewnikowanie jest dokładniejsze, lecz trudniejsze, może przenieść sprawę chorobową (gruźlicę, wiewiór), z pęcherza do nerek; nadto można cewnikiem zranić moczowód, przynosząc szkodę choremu i dochodząc przez domieszkę krwi do błędnych wniosków. Autor stosował z dobrym skutkiem rozdzielacz Luysa, któremu jednak nie przyznaje wyższości nad cewnikowaniem moczowodów. Celem zbadania stopnia zmiany chorobowej i sprawności wydzielniczej nerek wstrzykiwał autor według metody Acharda 0·05 błękitu metylenowego i oznaczał początek, szczyt i koniec wydzielania z ustroju. Z przytoczonych spostrzeżeń wynika, że długie wydzielanie błękitu metylenowego może być w pewnych przypadkach objawem zaburzenia czynności wydzielniczej i oznaką, wskazującą na chorobę nerek, lecz tylko z pewnem zastrzeżeniem, gdyż nawet bez zaburzeń nerkowych wydzielanie może być opóźnione. Jest to zatem próba pomocnicza przy określaniu sprawności wydzielniczej nerek, za rozstrzygającą uważać jej nie można. Nawet przy osłabionej czynności serca i zastoju żylnym może błękit metylenowy dobrze się wydzielać. Autor próbował też wstrzykiwań karminu indygowego, zalecanych przez Voelckera i Josepha i badał wydzielanie się jego zapomocą cystoskopu, ale poleca ten sposób tylko przy znacznym stopniu zapalenia pęcherza lub przy guzach, gdzie moczowodów wyszukać nie można. Metoda Boucharda oznaczenia na drodze biologicznej siły trującej moczu nie nadaje się do celów klinicznych. Sposób badania pracy syntetyczno-chemicznej nerki przez wstrzykiwanie florycyny i sztuczne wywoływanie cukromoczu doprowadził autora do wniosku, że tworzenie się cukru z florycyny jest w związku ze stanem miąższu nerkowego, bo w przypadkach zniszczenia miąższu nerkowego cukier się nie wydzielał, gdy w innych przypadkach cukier zawsze pojawiał się w moczu. Kryoskopię krwi i moczu, wprowadzoną przez Koranyego, stosował L. w całym szeregu przypadków, przyczem posługiwał się przyrządem Beckmanna. Wedle oznaczeń jego punkt zamarzania krwi wahał się u ludzi zdrowych i chorych, nie okazujących zmian w narządzie krążenia i w nerkach między — 55°, a — 58° C. poniżej punktu zamarzania wody. Przytem punkt zamarzania krwi nieodwłóknionej, od-

włóknionej i surowicy krwi był ten sam. Ciśnienie osmotyczne krwi nie zmienia się w przebiegu chorób nerkowych, a nawet w przebiegu mocznicy stężenie osmotyczne może być prawidłowe. Niedomoga więc nerkowa nie zawsze zmienia stężenie osmotyczne krwi. Punkt zamarzania wysięków, przesięków i płynu mózgowordzeniowego waha się według Lat. w tych samych granicach, co punkt zamarzania krwi, co wskazuje na izotonię wszystkich cieczy w ustroju. Punkt zamarzania moczu według oznaczeń autora waha się w szerokich granicach od — 0·67° do — 2·02°. Z punktu zamarzania moczu nie można nic wnosić o pracy nerki. Badanie osadu na prątki gruźlicze bywa według L. znacznie częściej dodatnie, niż dotąd sądzono. Trzeba centryfugować większe ilości moczu, badać osad centryfugowany często, a z osadu robić cały szereg preparatów. Co do pojawiania się wałeczków nerkowych po przetworach salicylowych, jako wyniku podrażnienia nerki, to Lat. nie stwierdzał ich tak często, jak to inni autorowie opisują.

Dr. M. Blassberg.

Lubliński. **Ostre zatrucie jodem i ostre zapalenie gruczołu tarczowego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 8, 1906). Z różnorodnych objawów klinicznych zatrucia jodem najczęstsze są zmiany wysypkowe na skórze, zajęcie błon śluzowych górnych dróg oddechowych (niebezpieczeństwo obrzęku głośni!), nerwobole w zakresie nerwu trójdzielnego; do rzadszych należy obrzęk ostry gruczołu przyusznego, gruczołów podszczękowych; najrzadziej spostrzegano zajęcie gruczołu tarczowego. W przypadku swoim podał autor u starszej kobiety w leczeniu przeciwkiłowem jod, pod wpływem którego w 4 dni wystąpiło lekkie zajęcie błon śluzowych i zgrubienie szyi, przedtem zupełnie prawidłowej. Badanie stwierdziło powiększenie, tkliwość i miękkość gruczołu tarczowego; po usunięciu jodu objawy zapalne w gruczole znikły. Dla przekonania się, że zapalenie gruczołu tarczowego było rzeczywiście skutkiem zatrucia jodowego, podał autor znów tej samej chorej jod z tym samym wynikiem.

Maciąg.

Voltolini. **Przypadek złośliwego guza śródpiersia z nadzwyczaj szybkim przebiegiem.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 9, 1906). Autor opisuje przypadek mięsaka śródpiersia, którego przebieg trwał zaledwie kilka tygodni: u 45-letniego mężczyzny, przedtem zawsze zdrowego, stwierdził autor w tydzień po nagłem zasłabnięciu z dusznością i objawami ucisku piersiowego: obrzęk całej górnej połowy ciała, sinicę i obrzęk twarzy, zgrubienie szyi, rozszerzenie żył skórnych klatki piersiowej, częściowy zakrzep w prawej żyle szyjnej; obie okolice nadobojczykowe wypuklone, tętno przyspieszone, tętnica sprychowa lewa mniej napięta, niż prawa, uderzenie końca serca przesunięte poza linię sutkową na zewnątrz, tony serca czyste, stłumienie z przodu prawej połowy klatki piersiowej od 3 żebra w dół, z tyłu po prawej stronie od 5 wyrostka ościstego w dół. W jamie opłucnej prawej płyn krwawy. Śledziona nieco powiększona, wątroba sięgała na dwa palce niżej łuku żebrowego. W moczu ślad białka; płyn opłucny nie zawierał komórek nowotworowych. Autor uwzględniając nagły początek, szybki wzrost objawów, niewielką chrypkę, brak szmerów sercowych (możliwość tętniaka), drożność i niebolesność przełyku (rak przełyku), nieporuszalność stłumienia przy ruchach oddechowych w prześwietleniu röntgenowskiem, rozpoznał guz złośliwy śródpiersia. Leczenie (wcierania rtęci) pozostało bez skutku; po 4 tygodniach wywołał guz stłumienie na całej lewej połowie klatki piersiowej, a w 2 tygodnie później sprowadził śmierć. Przy sekcyi znaleziono mięsaka okrągłokomórkowego śródpiersia przedniego z przesunięciem serca i uciśnięciem obu płuc.

Maciąg.

Prof. Spiess. **Znaczenie znieczulenia w leczeniu spraw zapalnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 8). Nadzwyczaj ciekawe spostrzeżenia autora przemawiają za tem, że zapalenie powstać może tylko wtedy, jeżeli z miejsca, na które działa nieprawidłowy bodziec, po nerwach czuciowych przenosi się odruch na ośrodek naczynioruchowy. Jeżeli więc, jak to przez systematyczne znieczulanie miejscowe osiągnąć możemy, nerwy czuciowe będą niepobudliwe, to mimo działania na tkankę szkodliwych czynników zapalenie nie powstanie. Dlatego to przebiega bez odczynu gojenie się kikuta odciętego migdałka, jeżeli zabiegu dokonano w znieczuleniu miejscowem, a rana skutkiem zadmuchiwania ortoformem nie była bolesna; dlatego niema odczynu zapalnego po wbiciu szpilki w miejsce, dotknięte histerycznem znieczuleniem. Nawet objawy już istniejącego zapalenia przy systematycznem znieczulaniu ustępują. Tak daje się, wedle autora stale, przerwać nieżyt nosa, jeśli w samym początku do jam nosowych systematycznie wdmuchiwać ortoform dopóty, dopóki nie zniknie podmiotowe uczucie, właściwe dla początku nieżytu. Korzystny wpływ snu na ilość wydzieliny w nieżycie nosa tłómaczy autor tem, że sen działa na podobieństwo środków znieczulających, tłumiąc wrażliwość nerwów czuciowych, przez co sprawa zapalna słabnie. Być może, że środki przeciwgorączkowe, które są środkami znieczulającymi, działają w chorobach zapalnych właśnie przedewszystkiem jako znieczulające, a zmniejszając przez to samą sprawę zapalną, zmniejszają i gorączkę, która jest następstwem zapalenia. Również i morfina działa dlatego korzystnie w sprawach zapalnych, bo działa znieczulająco. Aby jednak wystąpić mógł ten korzystny skutek znieczulenia nerwów czuciowych, musi ono dotyczyć wyłącznie dróg czuciowych; równoczesne zajęcie dróg troficznych i naczynioruchowych sprawia, że sprawa zapalna nie ulega wstrzymaniu, ale tylko przebiega nieco odmiennie, mianowicie bez miejscowego podniesienia się ciepłoty, bez zaczerwienienia, zniszczenia jednak mogą być bardzo znaczne. Jako przykłady podaje autor takie sprawy chorobowe, jak wiąd rdzenia, syryngomyelia, trąd, porażne zapalenie rogówki, zgorzel pod wpływem karbolu i t. d. Porażenie nerwów naczynioruchowych sprzyja nawet rozwinięciu się zapalenia. Jeżeli żabie, u której po jednej tylko stronie przecięto nerw kulszowy (nerw ten zawiera prócz czuciowych — włókna naczynioruchowe), wstrzykniemy podskórnie ziarenkowce, to usadowią się one niemal wyłącznie w stawach i szpiku tej kończyny, na której nerw przecięto. Na podstawie tego wszystkiego tłomaczy autor korzystne działanie modnego dziś sposobu Biera, jak następuje: Przesięk, wywołany przekrwieniem biernem, działa na tkankę znieczulająco na podobieństwo sposobu Schleicha; znieczulenie to zaś działa hamująco na samą sprawę zapalną.

Dr. M. Godlewski.

Pollack. **O szybkiem i trwałem wyleczeniu starego zwężenia przełyku tiozynaminą.** (*Ther. der Gegenw.*, 1906, III). Mężczyzna 30-letni doznał przed 8 laty ciężkiego oparzenia gardła i przełyku ługiem sodowym. Powoli rozwinęło się znaczne zwężenie, które mimo leczenia sondami doszło do tego stopnia, że ani zgłębniki, ani też płyny od dłuższego czasu nie przechodziły i przed 2 laty musiano założyć przetokę żołądkową. Kiedy mimo to chory bardzo wychudł i podupadł zupełnie na siłach, użyto w końcu tiozynaminy i po 24 wstrzykiwaniach chory zupełnie wyzdrowiał. Stosowano roztwór następujący: *Rp. Thiosinamini 2, solve in glycerini 8, cui adde aq. d. 10; pół strzykawki wstrzykiwać.*

Fels.

Ketly. **O leczeniu moczówki prostej wstrzykiwaniami strychniny.** (*Ther. der Gegenw.*, 1906, III). W pewnych przypadkach moczówki prostej należy szukać przyczyny w ośrodkowym układzie nerwowym; do tej grupy należą także przypadki tej choroby, występującej po urazach w głowę i znamionujące się często porażeniami mięśni ocznych. W innych przypadkach jest moczówka prosta objawem nerwic czynnościowych, jak histeryi i padaczki; w tych przypadkach przyczyną nadmiernego moczenia jest najczęściej pierwotne nadmierne pragnienie (*polydipsia*). Trzecią grupę stanowią właściwe przypadki samoistnej moczówki prostej, cechujące się pierwotną polyuryą, niezależną od ilości przyjmowanych płynów. Są jednak jeszcze przypadki, nie odpowiadające żadnej z tych trzech grup. Odrębną grupę tworzą poniekąd przypadki moczówki prostej, powstającej wskutek kiły, równocześnie z objawami mózgowymi, albo też bez nich. Moczówka prosta nie jest przeto ani etyologicznie, ani też patologicznie chorobą jednolitą, nie ma też więc na nią swoistego leku. Skutecznie leczyć można właściwie tylko przypadki histeryczne i kiłowe, chociaż w przypadkach kiłowych często się zdarza, że mimo ustąpienia objawów mózgowych moczówka nadal się utrzymuje. O wiele trudniejszą do wyleczenia, niż moczówka u histerycznych, jest moczówka, towarzysząca padaczce. U chorych, u których pierwotnem jest nadmierne pragnienie, można często osiągnąć wyleczenie przez nagłe i ścisłe odjęcie płynów; w samoistnych przypadkach może przeciwnie takie postępowanie przez zgęszczenie krwi wywołać przykre lub nawet niebezpieczne skutki. Feilchenfeld polecił przeciw moczówce prostej wstrzykiwania strychniny, które jednak zmniejszają tylko ilość moczu, nie zwiększając jego ciężaru właściwego. K. stosował strychninę w 4 przypadkach, raz z wynikiem pomyślnym, 2 razy wynik był tylko przemijający, a raz nie było wcale skutku. K. radzi jednak dalej próbować tego środka. Dawka początkowa wynosi $^{5}/_{10}$ mg. dziennie, co drugi dzień dodaje się $^{1}/_{10}$ mg.

Fels.

PEDYATRYA. O krzywicy jako chorobie społecznej. (*Berl. klin. Wochs.* 1905, Nr. 9). W stosunku do znaczenia krzywicy zbyt mało uwagi poświęca się tej chorobie, którą autor zalicza do chorób przemiany materyi. Krzywica usposabia do chorób zakaźnych ostrych i wpływa na ich cięższy przebieg. Tem tłómaczy się tak znaczna śmiertelność dzieci szpitalnych na odrę i następstwa krztuśca, które w praktyce pozaszpitalnej są lekką chorobą. Dalej usposabia krzywica do gruźlicy, gruczołowej i płucnej. Z jednej strony częste wypryski, nieżyty dróg oddechowych ułatwiają mechanicznie dostanie się prątków gruźliczych do ustroju, — z drugiej

krzywicze zniekształtnienie klatki piersiowej sprzyja rozwojowi gruźlicy płuc. Skłonność dzieci krzywiczych do nabycia zołzów znaną jest powszechnie. Znaczna część dzieci krzywiczych ginie na gruźlicę; dostatecznych dowodów dostarczają protokóły sekcyjne. Los pozostałych dzieci zależy od ciężkości zmian; zwykle wskutek zmian w nasadach kości długich wzrost ich jest upośledzony, niekiedy jednak przeciwnie nadmiernie wysoki. Garb, o ile nie jest skutkiem gruźlicy, jest zawsze następstwem krzywicy; osoby garbate giną zwykle pomiędzy 40 a 50 rokiem życia z powodu przerostu prawej komórki serca, wywołanego przeszkodami w oddychaniu. Zmiany miednicy i ich znaczenie dla kobiet są dobrze znane. Ważne znaczenie mają zmiany w stawach kolanowych, szczególnie kolano koślawe, które jest najczęstszą przyczyną stopy płaskiej. Jaki odsetek niezdolności do służby wojskowej jest skutkiem przebytej krzywicy, nie stwierdzono statystycznie, nie ulega jednak wątpliwości, że odsetek ten jest znaczny. W etyologii krzywicy odrzuca autor przyrodę zakaźną, jakoteż wyłączne znaczenie sposobu żywienia. Pouczające są tu spostrzeżenia na zwierzętach. Krzywicy ulegają młode zwierzęta, chowane w zamknięciu, bez względu na miejsce pobytu, chociaż, jak autor stwierdził, na wolności nigdy nie dostają krzywicy. Na zlecenie autora trzymano w Tokio młodą małpę przez pół roku zamkniętą, a następnie przesłano ją do Europy. Przy sekcyi znalazł autor w kościach czaszki ślad krzywicy, jakkolwiek krzywica u dzieci w Japonii jest nieznaną. Wogóle dziko żyjące plemiona nie podlegają krzywicy; opisywane rzadkie przypadki należy raczej zaliczyć do t. zw. chondrodystrofii. W Japonii pomimo przenikania cywilizacyi europejskiej sposób życia jest inny: domy budowane są inaczej, zawijanie dzieci jest nieznane etc. Zdaniem autora główną przyczyną krzywicy jest t. zw. *domesticatio*, t. j. ogół czynników, różniących sposób życia naszych społeczeństw od sposobu naturalnego, a więc sposób żywienia, niedostateczny dowóz powietrza, niedostateczna swoboda ruchu etc. Stąd tylko niektóre zwierzęta udało się uczynić domowemi, inne n. p. małpy, więzione giną i nie mnożą się z powodu krzywicy. Dziedziczność ma tu tylko pośrednie znaczenie, t. j. że usposobienie do krzywicy jest dziedziczne, a reszty dokonują warunki życia. Dziedziczenie usposobienia do krzywicy ma ważne znaczenie społeczne ze względu na zagadnienie, o ile nowożytna higiena wpływa na upośledzenie rasy. Rozwój higieny umożliwia utrzymanie przy życiu krzywiczych osobników, które przenoszą skłonność do tej choroby na potomstwo, stąd coraz większa ilość osobników, fizycznie mniej wartościowych. Ze swoich uwag wysnuwa autor wskazówki praktyczne następujące: zbliżenie o ile można sposobu życia noworodków i niemowląt do naturalnych warunków życia zwierząt; zatem karmienie przez matkę, dużo powietrza, dużo ruchu i nie tamujące tych czynników ubranie.

Żeleński.

Schlossman. **O pielęgnowaniu chorych osesków, ze szczególnem uwzględnieniem nowego schroniska dla niemowląt w Dreznie.** (*Archiv f. Kinderheilk.* T. 43). Autor obszernie opisuje organizacyę nowego drezdeńskiego zakładu, którego jest twórcą i kierownikiem. Z naciskiem zaznacza S., iż zakład dla chorych niemowląt nie może istnieć bez odpowiedniej ilości mamek; drezdeńskie schronisko pierwsze w Niemczech zastosowało w szerszej mierze mleko kobiece wprost jako środek leczniczy. Zapatrywanie Bungego, jakoby zdolność kobiet do karmienia zanikała, uważa S. za nieuzasadnione; upadek karmienia naturalnego jest winą tych, do których przeprowadzenie tego należy, t. j. położnych i lekarzy. Z 208 mamek, badanych w zakładzie w ciągu r. 1904, tylko 25 miało dziennie mniej, niż 500 gr.; bardzo wiele mogło wyżywić dwoje dzieci, a kilkanaście miewało 2 lub nawet 3 litry dziennie. Rzekome nieznoszenie przez dziecko mleka tej lub owej mamki, tak częste w praktyce, przypisuje S. przekarmieniu dziecka, którego objawów nieraz nawet lekarze nie umieją rozpoznać. Zakład dla niemowląt musi rozporządzać dostateczną ilością mleka kobiecego; zniżenie tej ilości uwidacznia się prawie bezpośrednio w zwiększeniu odsetka śmiertelności. Zainteresować mamki wynikami żywienia zdołał S. skutecznie zapomocą premii pieniężnych. S. jest przeciwnikiem wszelkiej specyalnej dyety dla mamek, a zwłaszcza t. zw. „niedrażniącego“ sposobu żywienia. Najlepiej, jeżeli karmiąca je to, do czego jest przyzwyczajona i tyle, ile sama chce; jako napój zaleca S. świeże lub gotowane mleko w ilości 2—3 l. dziennie. Zakład drezdeński utrzymuje dla dobra ogółu biuro mamek, dające publiczności pewność, iż otrzymuje z zakładu osobę zdrową i pod każdym względem na mamkę się nadającą; — zakład zaś opiekuje się dzieckiem mamki, które po odkarmieniu przez tę mamkę w zakładzie, umieszcza potem u zaufanej i przez zakład nadzorowanej kobiety. Koszta umieszczenia dziecka pokrywają chlebodawcy, zatrudniający mamkę. Skasowanie prywatnych biur mamek i oddanie sprawy zakładom publicznym byłoby najskuteczniejszym środkiem polepszenia stosunków, gdyż tylko dłuższe spostrzeganie i matki i dziecka pozwala ocenić, czy ta matka nadaje się na mamkę. Hamburg utworzył już posadę lekarza dla badania mamek. Schmalfuss podaje, iż na 10.000 mamek stwierdził u 508 napewno kiłę. Mleko otrzymuje zakład drezdeński z wzorowej obory akademii weterynaryi w Dreznie. Wszystkie dzieci, pomieszczone przez zakład u wychowawczyń, jakoteż oddane z zakładu po wyleczeniu matkom, otrzymują całodzienne pożywienie z zakładu. W ten jedynie sposób zapobiedz można nawrotom chorób przewodu pokarmowego. Bardzo często żądają matki po kilku dniach dla dziecka większej porcyi, niż podawana w zakładzie; przyczyna tych żądań leży w błędnych pojęciach matek o potrzebach dziecka. Ogromny nacisk kładzie S. na inteligencyę i sumienność dozorczyń w zakładzie. Na jedną dozorczynię powinno przypadać co najwyżej 4 dzieci w dzień, a 8 w nocy. Wykształcenie dozorczyń opiera się na zasadzie, iż aseptyka jest podstawą pielęgnowania niemowlęcia. Stąd konieczność oddzielnego zupełnego inwentarza dla każdego dziecka (także wanny); gruntowne mycie rąk przed i po dotknięciu każdego niemowlęcia jest jaknajsurowiej przestrzegane. Wielką wagę przywiązuje S. do pielęgnowania skóry, do czego poleca puder vasenol; w razie płynnych wypróżnień stosuje zapobiegawczo na zagrożone części skóry maść vasenolową. Za potężne czynniki lecznicze, w pielęgnowaniu niemowląt niedość uwzględniane, uważa S. światło i powietrze. W zakładzie drezdeńskim w lecie przepędzają dzieci w kolebkach cały dzień, a jeżeli noce są ciepłe, to i całe doby na werandach; ale i w zimie korzysta się w zakładzie z każdego promienia słonecznego, a niektóre dzieci leżą nawet po kilka godzin na powietrzu, oczywiście pod bardzo ciepłem przykryciem i z kamionkami z gorącą wodą w kolebce. Dla dzieci wątłych (atroficznych) jest takie leczenie powietrzem najsilniejszym środkiem pobudzającym. To przeświadczenie nasunęło autorowi pomysł letniego schroniska w lesie. Dzięki pomocy władz pomysł ten urzeczywistnił się i obecnie pewna liczba niemowląt spędza w lecie dni całe w leśnem powietrzu, lub w kąpieli piaskowej z wynikiem znakomitym. W żywieniu sztucznem niemowląt zaleca S. indywidualizować, przyczem nie idzie tak daleko w obawie tłustego pożywienia i w rozcieńczaniu mleka, jak szkoła wrocławska. Do żywienia mieszanego przechodzi S., dodając naprzód potrawy roślinne (różne jarzyny w formie purée). Rosołu ani mięsa w pierwszych dwóch latach nie podaje. W końcu zwraca S. uwagę na znaczenie pedagogiczne tak zorganizowanego zakładu, zarówno dla przyszłych matek, z których wiele jako ochotniczki pełni obowiązki dozorczyń-uczennic, jak i dla młodych lekarzy. Doskonalenie się zakładu odzwierciedla się w odsetku śmiertelności, który z 41 prc. w roku 1898, zmniejszając się stopniowo, spadł w roku 1904 do 23 prc.

Żeleński.

Dauchez: **Czy białkomocze przerywane wieku dziecięcego zależą od zapaleń nerek.** (*Arch. de méd. des enf.*, luty, 1906). Na podstawie własnych spostrzeżeń i piśmiennictwa odróżnia przedewszystkiem autor dwie odmiany białkomoczu przerywanego: ortostatyczny, pojawiający się tylko w postawie pionowej i okresowy, nie zależny od postawy, z okresem zwykle bardzo regularnym, rannym, popołudniowym, lub wieczornym; w nocy wydzielanie białka ustaje. Obie odmiany mogą być albo ściśle czynnościowe — wtedy stan ogólny jest dobry, mocz nie zawiera wałeczków ziarnistych, ciśnienie tętnicze nie jest wzmożone, dyeta mleczna nie obniża białkomoczu, — albo są one wyrazem lekkiego, często tylko częściowego, ogniskowego zapalenia nerek. Znajdujemy wtedy i inne objawy: bladość i nalanie twarzy zadyszkę, bóle głowy, niezdolność do pracy, krwotoki nosowe, podniesienie ciśnienia tętniczego, w moczu nierzadko wałeczki ziarniste. Niejednokrotnie stwierdzić można związek z chorobami zakaźnemi, szczególniej płonicą; dyeta mleczna ma wpływ korzystny, wybryki mogą wywołać zaostrzenie się sprawy. I te przypadki mogą się skończyć wyleczeniem, niekiedy jednak rozwija się marskość nerki.

Lewkowicz.

J. Bókay. **Nowe doniesienie o leczeniu miejscowem owrzodzeń odleżynowych krtani.** (*Arch. de méd. des enf.*, luty, 1906). Autor zwraca się przeciw zasadzie Eschericha i jego zwolenników, że w przypadkach dławca błoniczego, jeżeli nie można po 5 dobach intubacyi usunąć rurki, należy ze względu na obawę odleżyny wykonać tracheotomię. Wskazaniem mogłaby być tylko obecność odleżyny (plamy czarne na rurce!), nie obawa przed nią. Ale nawet istniejącą już odleżynę można wyleczyć zapomocą rurek metalowych z szyjką węższą, a szczególnie rurek, obwiedzionych żelatyną, impregnowaną sproszkowanym ałunem. Intubacya trwała wogóle 6—20 dób, a mimo to nie powstawały głębsze zmiany w krtani i dzieci ochronione zostały od następowej tracheotomii.

Lewkowicz.

Kien. **Odra w Strasburgu, w szczególności w klinice tamtejszej i kombinacye odry z błonicą i płonicą,**

spostrzegane w latach 1903/1904. (*Jahrb. f. Kinderh.*, t. 63, luty, 1906). Z zestawień autora wynika, że odry wcale nie można uważać za chorobę łagodną. Statystyka miejska ze 107 lat stwierdza z odry 3538, z płonicy tylko 2144 (stosunek 5:3) przypadków śmierci. Śmiertelność w klinice wynosiła w odrze 7·6 prc., w płonicy 10·6 prc. Z innych szczegółów pracy zasługuje na uwagę opis dwóch przypadków zakażenia śródmacicznego. Matki bezpośrednio przed rozwiązaniem przebyły odrę. Wysypka u dzieci pojawiła się w jednym przypadku w 5 dni po urodzeniu, w drugim stwierdzono ją zaraz przy urodzeniu. *Lewkowicz.*

Paula Philippson. **Doświadczenia nad wydzielaniem chlorków przy ortostatycznym białkomoczu.** (*Jahrb. für Kinderh.*, t. 63, luty, 1906). U wszystkich badanych wydzielanie chlorków spadało w postawie pionowej (ortostatyzmie) mniej więcej do połowy ilości, wydzielonej przy leżeniu w łóżku. Zmniejszenie to częściowo się wyrównywało skutkiem wzmożonego wydzielania podczas nocy, następującej po dniu spędzonym poza łóżkiem. Jednak wyrównanie to nie było zupełne, a ilość chlorków, wydzielanych przez całą dobę, była i tak zmniejszona. Takie zachowanie się chlorków stwierdzono także przy zmianach zapalnych nerek. Przeciwnie u dzieci zdrowych nie można stwierdzić wpływu położenia ciała na wydzielanie chlorków. Także i ilość wydzielanego moczu zależy u dzieci z białkomoczem ortostatycznym od położenia ciała. Wydzielanie chlorków po wprowadzeniu większej dawki chlorku sodowego (7 gr.) może być znacznie opóźnione, bywa jednak w niektórych przypadkach przyśpieszone, lub prawidłowe. *Lewkowicz.*

Švehla. **O nowych objawach zboczeń błony śluzowej odbytnicy, szczególnie o rozpadlinach odbytu z objawami zapalenia stawu biodrowego.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, t. 63, luty, 1906). Wyprzanie odbytu, z jakiegokolwiek powodu powstałe, może być u osesków i młodych dzieci przyczyną gwałtownych bolów moczyskowych, a to skutkiem odruchowo powstającego skurczu zwieracza odbytu i nagromadzenia się ponad zwieraczem stolca i gazów. Odprowadzenie stolca i gazów zapomocą odpowiedniego drenu, zastosowanie maści cynkowej i czopków z 0,01 kokainy usuwa dolegliwości. Od wyprzania odbytu może zależeć także trwałe zaparcie stolca i bole w kończynach z niemożnością chodzenia lub utykaniem.— Przy rozpadlinie odbytu spostrzegał autor u dzieci starszych w kilku przypadkach objawy, łudząco podobne do objawów gruźliczego zapalenia stawu biodrowego: znamienne ułożenie kończyny (zgięcie, przyciągnięcie, skręcenie na wewnątrz), bolesność przy ruchach, niekiedy przy uderzeniu w piętę lub w krętarz, wygięcie boczne kręgosłupa. Nie stwierdzano jednak ograniczenia ruchomości stawu przy ustaleniu miednicy. Objawy, któreby wskazywały bezpośrednio na rozpadlinę odbytu, bywają temi dolegliwościami zamaskowane i pomyłki rozpoznawcze zdarzają się. Badanie odbytu wykrywa właściwą przyczynę, a leczenie odpowiednie (kąpiele nasiadowe po każdym stolcu, a zresztą trzy razy dnia, maść kokainowa 2 prc., czopki z 0,01 kokainy dwa razy dnia, leczenie zaparcia stolca) szybko usuwa objawy. *Lewkowicz.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Skutsch. **O powstawaniu krwisteku zamacicznego.** (*Arch f. Gyn.* T. 77, Z. 1). Według obecnych naszych wiadomości najczęstszą przyczyną krwisteku zamacicznego jest ciąża trąbkowa. Krwistek z innych przyczyn należy do rzadkości. W przeważnej części przypadków nie następuje w przebiegu ciąży trąbkowej pęknięcie trąbki pod naporem rosnącego jaja, lecz poronienie trąbkowe. I tutaj możemy mówić o poronieniu zupełnem i częściowem; poronienie częściowe wywołuje uporczywe krwawienia do jamy brzusznej, cechujące się powolnym rozwojem objawów niedokrwistości. Ale i przy t. zw. pęknięciu trąbki nie powstaje właściwie jej pęknięcie w ścisłem tego słowa znaczeniu, ale nadżarcie ściany wskutek wrastania jaja płodowego w ścianę trąbki. Przeważnie powstaje nadżarcie na małej przestrzeni; miejsce to zatyka się skrzepami i krwotok chwilowo ustaje, często jednak powraca. Częstokroć mimo bardzo małego pęknięcia może powstać krwotok bardzo duży, niekiedy śmiertelny. Krwistek zamaciczny bywa zwykle skutkiem poronienia trąbkowego; przy pęknięciu trąbki powstaje zwykle krwotok do wolnej jamy brzusznej. Otorbienie krwisteku nie jest jego przyczyną, jak to dawniej sądzono, lecz następstwem: ścianę tworzy młoda tkanka komórkowa i stąd łatwość przerwania zrostów. Zrosty, poprzednio w jamie Douglasa się znajdujące, ułatwiają jednak powstawanie skrzepów i stwarzają warunki, sprzyjające powstawaniu krwisteku. Dlaczego krew wylana nie ulega wessaniu, lecz krzepnie i otarbia się, nie jest dotąd rzeczą wyjaśnioną. Objawy przewlekłego zapalenia otrzewnej miednicy, spotykane w tych przypadkach, uważa Werth nie za tegoż przyczynę, lecz za skutek. Sądzi on, że w miednicy małej są warunki, sprzyjające krzepnięciu krwi, mniej się w niej udziela ruch jelit i przepony, które ułatwiają wessanie. Przy poronieniu trąbkowem krwotoki się ponawiają, krew później wylana napotyka stosunki już zmienione i warunki mniej korzystne dla wessania. — Na podstawie całego szeregu doświadczeń na zwierzętach dochodzi autor do następujących wniosków: Słusznie zarzucono zapatrywanie Schrödera, że krwistek zamaciczny powstaje skutkiem wylania się krwi do przestrzeni już otorbionej. Obszerność miednicy ludzkiej sprzyja nagromadzaniu się w niej większej ilości krwi. Pętle jelitowe zostają usunięte ku górze. Im mniej krew wylana styka się z jelitami, tem mniej jej zabiera z miednicy ruch robaczkowy, tem trudniejsze wessanie. Krew, wylana do małej miednicy, tworzy podnietę do wytwarzania się zrostów. Jakie znaczenie dla krzepnięcia mają nieprawidłowe przymieszki, jak wydzielina trąbki, cząstki jaja płodowego, dotąd nie rozstrzygnięto. To jest pewnem, że skrzepy krwi zlepiają się z otoczeniem. Ważnym czynnikiem etyologicznym krwisteku jest to, że do jamy brzusznej dostają się przy poronieniu trąbkowem skrzepy już uformowane i że krwotok w odstępach ponawia się, stare bowiem skrzepy sprzyjają krzepnięciu krwi świeżo wylanej w ten sposób powiększa się guz pierwotny. *Dr. Przybylski.*

Dr. Franckenstein. **O sztucznem napełnianiu pęcherza przy operacyach ginekologicznych, zwłaszcza brzusznych, jako środku zapobiegającym pooperacyjnej niemożności oddawania moczu, oraz tworzeniu się martwych przestrzeni w miednicy.** (*Beitr. zur Geb. u. Gyn.* T. X, Z. 2). Przyczyny pooperacyjnego zatrzymania moczu są różne. U wielu kobiet istnieje pewne osłabienie unerwienia pęcherza, wskutek czego nawet pozornie nieznaczne przyczyny, jak strach, poziome ułożenie, obecność drugich osób i t. p. upośledzają lub uniemożliwiają oddawanie moczu. Po operacyach przyłącza się zmiana w prawidłowem odczuwaniu pełności pęcherza, ubywa współdziałanie tłoczni brzusznej, czy to z powodu bolu, czy też zmniejszania się treści jamy brzusznej. Nie bez znaczenia są też urazy, na jakie pęcherz przy operacyach ginekologicznych w mniejszym stopniu bywa narażony i to najczęściej przy operacyach pochwowych. W r. 1890 polecił Werth napełnianie pęcherza moczowego przed zamknięciem powłok brzusznych jako środek przeciw pooperacyjnemu zatrzymaniu moczu. Skuteczność tego sposobu stwierdzono w klinice ginekologicznej w Kiel. Pęcherz napełniano 350—400 ctm. ciepłego roztworu fizyologicznego soli z dodatkiem 10—20 ctm. mieszanki jodoformowej. Robiono to, i na to autor kładzie nacisk, przed zamknięciem powłok. Przy tem postępowaniu zmniejszyła się częstość niemożności moczenia o 45.3 prc. przy cięciach brzucha, o 12—22 prc. przy operacyi Aleksandra-Adamsa. Przy operacyach pochwowych wyniki są gorsze, niż przy cięciach brzucha. Autor badając wspomnianą niezdolność moczenia w przypadkach, operowanych bez napełniania pęcherza, zauważył, że zwykle dowolne oddanie moczu zjawia się po pierwszym stolcu lub z chwilą pojawienia się nieżytu pęcherza. Nieżyt taki rozwija się nietylko u chorych cewnikowanych, lecz i u tych, które od początku same mocz oddawały. Autor tłómaczy to tem, że i one nie opróżniały pęcherza całkowicie, wskutek czego stale pozostawała pewna ilość moczu zastoinowego, sprzyjającego rozwojowi drobnoustrojów i powstawaniu nieżytu. Zakażenia pęcherza z powodu cewnikowania można uniknąć, przestrzegając czystości i dodając do roztworu soli dla pewności 10—20 ctm.³ zawiesiny jodoformowej. Po wycięciu guzów ginekologicznych pogłębia się zatoka Douglasa i wytwarza się przestrzeń, sprzyjająca nagromadzeniu się w niej krwi. Wyżej wspomniane martwe przestrzenie mogą dalej wywoływać przemieszczenie jelit i następową ich niedrożność. Wypełnienie pęcherza sprzyja przywróceniu stosunków, podobnych do prawidłowych, szybkiemu zrośnięciu się otrzewnej zatoki Douglasa, zapobiega więc tworzeniu się przestrzeni martwych i ich następstwom. *Dr. Przybylski.*

M. Henkel. **Kilka słów o pubiotomii. Przypadek miednicy ścieśnionej i łożyska przodującego środkowego. Pubiotomia. Cięcie cesarskie pochwowe. Obrót i wydobycie płodu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 8). Liczne modyfikacye pubiotomii wywołała obawa przed zakażeniem i krwotokiem. H. na podstawie własnych 9 przypadków nie obawia się krwotoku. Ucisk krótki zawsze wystarcza. Opisane nieliczne przypadki dużych krwiaków zdają się mieć źródło w skaleczeniu splotu sromnego (*plexus pudendi*), lub w obrażeniach ubocznych wogóle. Chcąc ich uniknąć i przeprowadzić igłę podokostnie, jakoteż zoryentować się, w którem miejscu kość należy przepiłować, uważa H. za niezbędne cięcie poziome na 2—3 cm. przy górnym brzegu kości łonowej, które umożliwia oddzielenie okostnej zapomocą skrobaczki i palca. Uważając, podobnie jak Stoeckel, pubiotomię za operacyę, przeznaczoną do uzyskania płodu żywego, wykonuje ją autor tylko tam, gdzie drogi miękkie są już przygotowane do szybkiego w razie potrzeby przeprowadzenia płodu zapomocą kleszczy lub obrotu, i to bez nara-

żenia części miękkich matki (a więc nie u pierwiastek). Nadzieja zastąpienia pubiotomią całego szeregu operacyi, jak: obrót zapobiegawczy, kleszcze wysokie, sztuczny poród przedwczesny, cięcie cesarskie ze wskazania względnego i wymóżdżenie płodu żywego, jest niewłaściwym optymizmem. Każda z tych operacyi ma swe wskazania. Ze względu na samą miednicę jest pubiotomia przeciwwskazaną przy miednicy płaskiej ze sprzężną prawdziwą 6·75 cm., przy ogólnie ścieśnionej poniżej 7·6 cm. Pubiotomia i symfizeotomia wywołują jednaki stopień rozszerzenia miednicy. Trudności w ścisłem określeniu wskazania do pubiotomii sprawiają, że należy ją uważać za operacyę specyalistów, a nie, jak chcą niektórzy, za operacyę praktyków; wytrawna asysta jest niekiedy niezbędną. — W końcu przytacza II. przypadek łożyska przodującego u wieloródki z końcem ciąży, z miednicą krzywiczą płaską i sprzężną pr. $7^3/_4$—8 cm. Dwa poprzednie porody skończyły się wymóżdżeniem. Wobec pragnienia matki, by mieć dziecko żywe, zaniechano pierwotnej myśli klasycznego cięcia cesarskiego, a wykonano z końcem ciąży pubiotomię i cięcie cesarskie pochwowe. Krwotok bardzo nieznaczny; operacya trwała 13 minut; płód 2750 gr., omdlały, docucono.

B. Wojciechowski.

Kroemer. **W sprawie rozszerzenia miednicy przy hebotomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 8). Badania K. na zwłokach dowiodły, że przy jaknajsilniejszem odwiedzeniu kończyn dolnych, zgiętych w kolanie, i skręceniu na zewnątrz wynosiła szczelina w kości zaledwie 3 cm., a wymiar prosty powiększał się nieznacznie. Najkorzystniejszem podczas hebotomii było mierne odwiedzenie i nieznaczne skręcenie ud na zewnątrz, zaś podczas występowania główki — przywiedzenie. — K. przytacza przypadek hebotomii u 26-letniej wieloródki. Poród I. przedwczesny, siłami przyrody, płód zmarł po miesiącu; II. poród siłami przyrody w położeniu Walchera, płód 3100 gr., główka wydłużona; wśród III. porodu objawy grożącego pęknięcia macicy, wgniecenie główki w uśpieniu, kleszcze wysokie, głęboki wgniot w czaszce, płód żywy, 2850 gr.; przy IV. porodzie przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego, nadmierne rozciągnięcie dolnego odcinka, położenie Walchera bezskuteczne, hebotomia (przy ciepł. 37·6, tęt. 108, białku w moczu, lichem tęt. płodu), łatwe kleszcze, płód żywy. Krwotok krótki, pęknięcie głębokie pochwy w obrębie przecięcia kości, lecz nie dosięgające do rany kostnej; krwotok z ciał jamistych i splotu łonowo-sromnego wymagał okłucia; zeszycie pochwy i ran zewnętrznych; mocz krwawy, cewnik na stałe. W połogu obrzęk lewej nogi; w wardze większej krwiak, który sam przebił. Od 4.—10. dnia ciepł. do 38·6; od 2. dnia mocz jasny. 16. dnia stwierdzono zrost kości, rozstęp płaszczyzn przepiłowania na palec i malutką przetokę pęcherzowo-pochwową przy napełnieniu 300 gramami. Röntgenogramy stwierdzają znaczny rozstęp kości kosztem stawu krzyżowo-biodrowego i wytworzenie się wchodu o kształcie, właściwym miednicy skośnej. Operacya nie nadaje się do wykonywania w domu prywatnym. Łączenie pubiotomii ze sztucznym porodem przedwczesnym znajdzie częściej zastosowanie. Po pubiotomii daje K. obrotowi pierwszeństwo przed kleszczami, pamiętać jednak należy, aby rączki uwolnić wysoko, bez zbyt nizkiego ściągania tułowia.

B. Wojciechowski.

L. Seeligmann. **W sprawie hebotomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 8). Po wstępie polemicznym opisuje S. podany już dawniej swój sposób operowania. Mianowicie robi on krótkie, głębokie nacięcia zarówno przy górnym, jak dolnym brzegu kości łonowej, wprowadza palec do rany dolnej, oddziela nim części miękkie od dolnego brzegu kości, potem posuwa poza kością palec ku górze, dążąc naprzeciw igły, wprowadzonej przez ranę górną i wyprowadza igłę pod osłonę palca przez ranę dolną; kontrola od pochwy zbyteczna. Następuje opis 2 dalszych szczęśliwych przypadków hebotomii. S. nie sądzi, by hebotomia mogła się nadawać do wykonywania w domu prywatnym. Po operacyi należy poród ukończyć. Przy dużym niestosunku porodowym uważa S. obrót, o ile naturalnie niema innego przeciwwskazania, za zabieg łagodniejszy od kleszczy.

B. Wojciechowski.

F. Jossen. **Nieudana pubiotomia; symfizeotomia. Żywa matka, żywy płód.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 8). Rzecz działa się w nędznych warunkach praktyki prywatnej. Wieloródka z miednicą płasko-krzywiczą, ze sprzężną prawdziwą 8·5, straciwszy dwoje dzieci wśród porodów, zapragnęła dziecka żywego. Na wywołanie porodu przedwczesnego nie zgadza się. Leczenie metodą Prochownika. Po 30 godzinach silnych bólów główka nad wchodem, rodząca wyczerpana. Pubiotomia podskórna. Podczas piłowania pękła piłka. Wobec silnego krwotoku nie wprowadzał J. powtórnie igły na ślepo, lecz wykonał symfizeotomię, poczem zaraz główka zstąpiła; kleszcze łatwe; płód miał 3-krotnie około szyi okręconą pępowinę, urodził się siny, lecz dał się docucić. Pochwa pękła po stronie, odpowiadającej pubiotomii. W 5. dniu połogu 38·5°. Spojenie i części miękkie zgoiły się gładko. Po 5 tygodniach mogła chora dobrze chodzić.

B. Wojciechowski.

Kannegiesser. **W sprawie hebotomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 8). Stoeckel przypisuje Walcherowi zasługę, że w miejsce częściowo podskórnej operacyi Döderleina obmyślił pubiotomię zupełnie podskórną. K. prostuje to zapatrywanie: w klinice drezdeńskiej $6^1/_2$ miesięcy wcześniej od Walchera wykonano już pubiotomię metodą zupełnie podskórną.

B. Wojciechowski.

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Noiré. **Jakie lampy są najodpowiedniejsze do radyoterapii.** (*Presse médic.* Nr. 12, 1906). Na podstawie bardzo licznych spostrzeżeń z pracowni prof. Sabouraud w Paryżu dochodzi autor do przekonania, że lampy roentgenowskie do celów leczniczych powinny odpowiadać trzem następującym warunkom. 1) Antykatoda ma być dość gruba, gdyż promienie katodowe przenikają metal, przy cienkiej zatem antykatodzie część promieni katodowych traci się. 2) Szkło lampy ma być cienkie, gdyż szkło pochłania promienie X, przez co wydajność lampy się zmniejsza. Szkło nie powinno zawierać ołowiu i nie powinno być zabarwione niebiesko. 3) Za najstosowniejsze uważa autor lampy małe o średnicy poniżej 8 cm. Przy lampach większych siłą rzeczy chory musi być więcej oddalony od antykatody, a ponieważ ilość promieni X zmniejsza się proporcyonalnie do kwadratu z odległości, przeto działanie lamp większych musi być słabsze. Wskazanem jest użycie lokalizatora ze względu na osłonięcie zdrowych części chorego i ciała lekarza. Przy użyciu lokalizatora iskry, przechodzące od lokalizatora do elektrod, często rozbijają lampy; ale i tu łatwiej ulegają rozbiciu lampy duże, niż małe.

Mostowski.

Kaczvinsky. **O leczeniu róży.** (*Monatshefte fur prakt. Dermat.* T. 42, 1906, Nr. 4). Ze środków, dotychczas używanych w leczeniu róży, żaden nie dawał zadowalniających wyników. Stąd też prof. Róna, opierając się na 5000 własnych przypadkach, twierdzi, że w róży środkami, dotąd stosowanymi, żadnego korzystnego wpływu na przebieg choroby nie można osiągnąć. Również i autor był dawniej tego samego zdania. Pierwszy przypadek, który naprowadził go na szczęśliwą myśl podawania w róży chininy, dotyczył dziesięcioletniej dziewczynki, u której w pobliżu gruźliczego owrzodzenia na szyi wybuchła gwałtownie róża. Ponieważ wszelkie środki zewnętrzne, jak okłady z octanu glinowego, pędzlowanie klemą (*collodium*) zdrowej skóry w celu ograniczenia postępu choroby, okłady z bezwodnego wyskoku i t. d. były bezskuteczne, a stan chorej wśród gorączki stałej 40° C. ciągle się pogarszał, przeto w celu obniżenia ciepłoty podano najpierw fenacetynę, a następnie, gdy po podaniu tego środka gorączka tylko chwilowo spadała, chininę w dawce ćwierćgramowej w odstępach sześciogodzinnych. Skutek był zdumiewający. Już w ciągu pierwszych 12 godzin działania chininy zajęte różą miejsca zbladły przy wybitnym spadku ciepłoty i znakomitej poprawie ogólnego stanu, a po dwóch dniach leczenia choroba zupełnie i bezpowrotnie ustąpiła. W 70 przypadkach róży, leczonych potem w ciągu lat trzech, stosował K. garbnikan chininy po 0·75 na dawkę i otrzymał jak najlepsze wyniki. Choroba w żadnym z tych przypadków ponad tydzień się nie przeciągała, a gorączka już w trzecim dniu zwykle zupełnie ustępowała. To przemawia zdaniem autora za swoistem działaniem chininy na drobnoustroje róży i odróżnia chininę od innych środków dotychczas używanych, a mogących mieć co najwyżej znaczenie w objawowem leczeniu róży.

Dr. Stopczański.

Prof. Zeissl. **Kilka uwag o leczeniu kiły.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 39). Ogólnej reguły dla leczenia kiły postawić nie można, lecz każdego chorego należy leczyć odpowiednio do jego usposobienia: wszystkie znane sposoby leczenia kiły są potrzebne, bo nieraz jeden z nich dobrze działa tam, gdzie wszelkie inne nie odniosły żadnego skutku. Na podstawie swego doświadczenia Z. sądzi, że ogólne leczenie zapobiegawcze rtęcią (Praeventivbehandlung) opóźnia tylko ostateczne wyleczenie kiły i wywołuje liczniejsze nawroty, aniżeli się to zdarza bez leczenia zapobiegawczego, dalej, że sprzyja ono powstawaniu kilaków na skórze i zmian ośrodkowego układu nerwowego. Często też stają się wykwity skórne przy stosowaniu rtęci już w czasie pierwszej osutki silniejsze i czerwieńsze, co sprawia nawet wrażenie rumienia lekarstwianego. Z. rozpoczyna więc leczenie rtęcią dopiero wtedy, gdy pierwsza osutka zaczyna blednąć. Na pierwszą kuracyę poleca on 40 wcierań po 3—5 g. szarej maści, albo 40 wstrzykiwań po 0·01 sublimatu lub innego rozpuszczalnego przetworu rtęciowego, albo też 10—20 wstrzykiwań silniejszych. Do sublimatu należy prócz chlorku sodowego dodawać i alkoholu, przez co wstrzykiwania stają się mniej bolesne. Do wstrzykiwań codziennych zapisuje Z.: *Sublimati corros. 1·0 Spirit. vini rectif. Natrii chlorat. aa 0·5 Aq. dst. 100·0.* Równocześnie i po

skończeniu pierwszej kuracyi rtęciowej podaje Z. 1—2 g. jodku potasowego dziennie. Jeśli przynajmniej przez rok nie pojawiły się żadne objawy kiłowe, pozwala Z. na zawarcie małżeństwa, lecz chory musi zawsze leczyć się jeszcze przez kilka tygodni rtęcią i jodem; postępując, nie widział Z. nigdy kiły dziedzicznej u dzieci swych chorych. Natomiast energiczne leczenie rtęcią z początku choroby nie zawsze zdoła zapobiedz późnym kilakom i innym ciężkim zmianom kiłowym. Różni chorzy rozmaicie znoszą niektóre przetwory rtęciowe i chory n. p., który zupełnie nie znosi wstrzyknięć podskórnych, znosi nieraz doskonale energiczne wcierania, lub leczenie wewnętrzne rtęcią. Tą szczególną wrażliwością na pewne przetwory należy tłómaczyć spostrzegane w ostatnim czasie przypadki śmierci po użyciu salicylanu rtęci, w których Neubeck zauważył jeszcze, że skóra palców podobnie się łuszczyła, jak w płonicy. Jeżeli jeden sposób leczenia rtęcią nie skutkuje, należy próbować innych sposobów. Zdarzają się nieraz przypadki kilaków, w których ani przetwory jodowe, ani rtęciowe nie działają. Wobec rozległych wrzodów na skórze zaleca się sublimatowe kąpiele dwukomórkowe Gaertnera albo duże kawałki plastra rtęciowego. Chory powinien przestrzegać pożywnej dyety białkowej i przebywać w czystem powietrzu. Napoje wyskokowe szkodzą, sprzyjając powstawaniu zmian kiłowych w ustach i gardle. Równie szkodliwą jest bezsenność i spółkowanie, które zresztą i tak nie jest dozwolone z powodu niebezpieczeństwa zakażenia osób drugich. *Dr Fels.*

OKULISTYKA. Villard. **Jaskra ostra w następstwie urazu gałki ocznej (jaskra urazowa.** (*Annal. d'Ocul.* Październik, 1905). Jaskra ostra, powstająca po silnych urazach oka bez pęknięcia gałki ocznej, jest zjawiskiem dość rzadkiem. Na podstawie 3 własnych przypadków i kilkunastu spostrzeżeń z piśmiennictwa, kreśli autor obraz kliniczny tego cierpienia, który w zupełności odpowiada jaskrze pierwotnej. Patogeneza jaskry urazowej dotychczas nie jest wyjaśniona; podobnie, jak w jaskrze pierwotnej, przyczynę tego cierpienia upatrują w rozmaitych czynnikach. Jaskra urazowa powstaje przeważnie u mężczyzn, jako bardziej narażonych na wszelkie urazy. Leczenie polega na zastosowaniu znanych środków leczniczych i zabiegów operacyjnych. W początkach cierpienia wystarczy przekłucie przedniej komórki lub sklerotomia przednia; gdy te zabiegi nie poskutkowały, należy bezzwłocznie wykonać szeroką irydektomię. *W. Reis.*

Vachor i Bailliart. **O całkowitej poprawie szkłami krótkowidztwa i jej wpływie na dalszy przebieg niedomiarowości i oderwanie siatkówki.** (*Annal. d'Ocul.* Listopad, 1905). Całkowitą poprawę niedomiarowości zapomocą szkieł stosują autorowie od r. 1902. Od tego czasu metoda ta coraz więcej zyskuje zwolenników. Na podstawie własnych spostrzeżeń i statystyk, podanych przez innych autorów, stwierdzają V. i B. dobroczynny wpływ tego postępowania na dalszy przebieg krótkowidztwa. Poprawa całkowita wprowadza napowrót dla oka niedomiarowego akomodacyę, jeden z czynników, regulujących krążenie śródgałkowe i usuwa zbieżność gałek, znużenie mięśni prostych wewnętrznych i następową niedomogę mięśniową. Poprawę jednak całkowitą należy stosować tylko u osobników z oczyma zdrowemi, oczy chore wymagają wprzód odpowiedniego leczenia. V. i B. postępują w sposób następujący: Oznaczają dokładnie stopień niedomiarowości i niezborności, poprawiają w całości krótkowidztwo u osobników młodych, u których stopień niedomiarowości, wyrażony w dyoptryach, niższym jest od wieku danego osobnika. W przeciwnym razie należy poprawę przeprowadzać stopniowo, starać się, by krótkowidze przestrzegali zapomocą znanych środków odległości 30 cm. przy pracy zblizka i stosowali się do ogólnych zasad higieny wzroku. U dzieci niżej lat 7 autorowie szkieł nie przepisują, by nie narażać młodocianych krótkowidzów na poważniejsze następstwa wskutek przypadkowego zranienia oka. Gdy mimo całkowitej poprawy i nadzorowania krótkowidztwa, niedomiarowość ciągle się powiększa, zalecają autorowie zupełny odpoczynek oczu i gimnastykę oczną, z początku każdego oka z osobna dla uniknięcia zbieżności, później zaś ćwiczenia obuoczne. — O tem, czy zupełna poprawa niedomiarowości zapobiega oderwaniu siatkówki, nie można na razie wydać ostatecznego sądu. Spostrzeżeń jest zbyt mało i czas stosunkowo za krótki. Ze spostrzeganych jednak 55 przypadków oderwania siatkówki (z wyłączeniem przypadków urazowych) tylko jeden chory nosił szkła przed oderwaniem, reszta nie nosiła wcale szkieł poprawczych, lub też znacznie słabsze, niż stopień niedomiarowości. *W. Reis.*

Prof. Wicherkiewicz. **O ostrem zapaleniu gruczołów łzowych.** (*Arch. d'opht.* 1905, Nr. 6). Zapalenie ostre gruczołów łzowych (*dacryoadenitis*) jest, zdaniem autora, dość częstem cierpieniem. Rozpoznać je łatwo po obrzmieniu bolesnem poniżej zewnętrznego brzegu łuku brwiowego. Często następuje zropienie gruczołu. Przyczyną zapalenia może być uraz (dwa spostrzeżenia własne), zakażenie miejscowe, lub wreszcie ogólna skaza ustrojowa. Jeśli przyczyną jest uraz lub zakażenie miejscowe, zmiana ogranicza się zwykle do jednego oka, natomiast zapalenie gruczołów na tle ogólnem często występuje obustronnie. Towarzyszy mu wtedy niejednokrotnie zapalne zajęcie ślinianek. Autor spostrzegał ostre zapalenie gruczołów łzowych w następstwie grypy, zimnicy, odry, wiewióra, a nawet w drugorzędnym okresie kiły. Naciek gruczołów łzowych, powstający w przebiegu lub następstwie wymienionych chorób ogólnych, zwykle kończy się wessaniem i powrotem do stanu prawidłowego. W razie zakażenia miejscowego, a zwlaszcza po urazie, następuje zwykle zropienie gruczołu. *K. W. Majewski.*

Guillery. **W sprawie oznaczania bystrości wzroku.** (*Archiv f. Augenh.* Tom LIII, 1905, Z. 2). Autor kilkakrotnie już w swych pracach poddawał krytyce zasadę, na której opierają się dotychczasowe sposoby oznaczania bystrości wzroku. Wiadomo, że jak dotąd, za jednostkę mierniczą przyjęty jest kąt widzenia = 1, bo pod takim conajmniej kątem muszą być widziane dwa punkty, aby średnie oko prawidłowe rozróżniło je jako dwa punkty, a nie wzięło za jeden (*minimum separabile*). G. wywodzi przedewszystkiem, że przeróżne optotypy, postaci liter, liczb lub innych znaków, nie mogą służyć do oznaczenia tego *minimum separabile*, gdyż widzialność ich zależy nietylko od stopnia bystrości wzroku, ale i od zmysłu odróżniania postaci (*Formensinn*), wszelkie zaś próby wymierzania bystrości tego zmysłu spełzły dotąd na niczem. Dlatego to zdarza się nieraz, że oko widzi tylko niektóre litery jednego i tego samego rządka tablicy Snellena, Landolta czy Weckera, niektórych zaś liter nie dostrzega mimo, że są tej samej, co tamte, wielkości. Nieraz się nawet zdarza, że badany odczytuje niektóre litery z następnego rządka, chociaż w poprzednim nie zdołał wszystkich rozróżnić. Autor stara się udowodnić, że zasadą mierzenia bystrości wzrokowej powinno być nie *minimum separabile*, lecz *minimum visibile* W tym celu oddala on stopniowo od oka słabo świecący punkt i mierzy największą odległość, w jakiej oko punkt ten jeszcze dostrzega. Tym, którzy mogliby zarzucić, że, jak przy tablicach Snellena zmysł odróżniania postaci, tak tu zmiany zdolności odróżniania siły światła (*Lichtsinn*) mogą zmienić wynik pomiaru, odpowiada autor, że zmiany czucia świetlnego w szerokich nawet granicach na stopień bystrości wzroku nie wywierają żadnego wpływu. W pracy obecnej nie porusza autor pytania, czy i jak możnaby zasadę *minimum visibile* wprowadzić do praktycznej okulistyki. *K. W. Majewski.*

Groyer. **Choroby oczne, a samozatrucia żołądkowo-jelitowe.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 39). Znaną jest rzeczą, że w różnych chorobach oczu nie powiodło się dotychczas wykryć pierwotnej ich przyczyny. Do tych chorób należą niektóre postacie zapalenia twardówki, rogówki, tęczówki i ciałka rzęskowego, siatkówki, naczyniówki, nerwu wzrokowego, zaćmy, zmętnień i wybroczyn w ciałku szklistem, jaskry, zaniku nerwu wzrokowego, niedowidzenia połowiczego, mroczków migocących i środkowych, porażeń mięśni ocznych i pewnych zboczeń czynnościowych. W takich przypadkach stwierdził autor zboczenia w trawieniu z bolesnością uciskową w okolicy żołądka, lędźwi, pęcherzyka żółciowego, śledziony, typowe bole w krzyżach i między łopatkami z rozpromienianiem się ku barkom i ramionom, bolesność uciskową miejsc wystąpienia bocznych gałęzi nerwów międzyżebrowych, splotu karkowego na tylnym brzegu mięśnia mostkowoobojczykowosutkowego, nerwu nad- i podoczodołowego, bródkowego, bole rozpromieniające się w okolicy czoła, skroni i potylicy, silne bicie serca i nerwowe zaburzenia oddechowe. W moczu, niezawierającym cukru ani białka, stwierdzano odczyn indykanu w różnych odcieniach od zabarwienia błękitnego do ciemno-fioletowego według metody Obermayera. Indykan zaś powstaje przy sprawach gnilnych w przewodzie pokarmowym. Wobec tego sądzi G., że w przypadkach jego dostawały się do ustroju z jelit jady, które wywoływały zmiany i objawy to w tym, to w innym narządzie, w oczach zaś owe zmiany najbardziej stają się spostrzegalne. *Dr. Fels.*

Weill. **O schorzeniach oczu na tle gnilca.** (*Zeitschrift für Augenh.* 1905, Nr. 9). Autor miał sposobność badać oczy u chorych na gnilec, który szerzył się nagminnie w okolicach Strasburga r. 1902. Badał on 61 przypadków gnilca, w tem 19 ciężkich: w żadnym z tych przypadków nie znalazł wybroczyn na spojówce, ani na powiekach, ani też wogóle żadnych zmian zewnętrznych, t. j. na częściach dodatkowych i w przednim odcinku gałki ocznej. Co do powikłań śródgałkowych, o których mało kiedy czyta się w piśmiennictwie, to autor znalazł w 3 przypadkach zapalenie nerwu wzrokowego, w dwóch zapalenie siatkówki w plamce żółtej, a wreszcie w dwóch wybroczyny w siatkówce. Zapalenie nerwu wzrokowego uważa Weill za zmianę następową, powstałą wskutek krwo-

toku do pochewek nerwowych. Z wyjątkiem jednego przypadku we wszystkich innych zmiany oczne ustąpiły, nie pozostawiając trwałych następstw. *K. W. Majewski.*

Prof. Reuss. **Przyczynek do symptomatologii mroczków migących** (*scotoma scintillans*) **i kilka uwag o fosfenach uciskowych.** (*Archiv f. Augenheilk.* T. LIII, 1905, Z. 1). Mroczki migocące (*scotoma scintillans*, *amaurosis partialis fugax*, *migraena ophthalmica*), są jak wiadomo cierpieniem wyłącznie czynnościowem. Lekarz rozpoznaje tę chorobę tylko na podstawie opowiadań pacyenta, nie może bowiem ani zewnętrznem badaniem, ani zapomocą wziernika stwierdzić żadnych zmian podmiotowych w oczach chorego i to nietylko wtedy, gdy niema napadu, ale nawet podczas napadu. Chwilowe zamroczenie wzroku, ubytki w polu widzenia, widzenie połowicze, zygzaki świetliste, a wreszcie często po objawach ocznych następujący połowiczy ból głowy, — wszystko to same tylko przypady podmiotowe, które niełatwo zdoła laik opisać trafnie i wyczerpująco. Dlatego cenne są spostrzeżenia, jakie na sobie porobili okuliści, dotknięci tem, bardzo zresztą rozpowszechnionem cierpieniem. Taką wiązankę nowych spostrzeżeń podaje Reuss, który od 8 lat co kilka miesięcy doznaje napadu tej choroby. Napad powstaje u niego zwykle, gdy wytęży wzrok przy niedostatecznem oświetleniu, lub z ciemności nagle wyjdzie na światło, ale nieraz i bez żadnej widocznej przyczyny. Dostawał on napadów podczas przyjmowania chorych, a raz nawet w czasie operacyi, którą z tego powodu musiał przerwać. Zaburzenie wzroku trwa zwykle około 20 minut, bolu głowy potem nie miewa, ale przed laty, zanim zaczął doznawać napadów, cierpiał często na migrenę. Widocznie migrena zamieniła się, jak to często bywa, na mroczki. Podczas napadu widzi autor szeroką, jasną, błyszczącą podkowę w prawym dolnym kwadrancie obuocznego pola widzenia. Wewnętrzna krawędź tej podkowy odcina się ostrą jasną linią od ciemniejszej przestrzeni środkowej. Zewnętrzna jej granica jest niewyraźna. Na jasnem tle tej podkowy ukazują się niezliczone ostrolinijne, nieświecące, a zatem czarne zygzaki, które przypominają autorowi Widmanstättenowskie figury na żelazie meteorycznem. Zygzaki te wykonują szybkie ruchy faliste, co sprawia uczucie migotania i choć bystrości wzroku nie upośledza, ale utrudnia patrzenie, a zwłaszcza czytanie. Ku końcowi napadu podkowa się powiększa, a wreszcie rozpływa i ginie. W przeciwnej stronie pola widzenia stwierdził autor perymetrycznie dość dużą przerwę (*scotoma absolutum negativum*), która jednak wcaleby na siebie nie zwróciła uwagi, gdyby się na nią nie skierowało umyślnie badania. Zachowuje się ona zatem zupełnie tak, jak plamka Mariottea. Przerwa ta utrzymuje się jeszcze czas jakiś po zniknięciu jasnej podkowy. Wszystkie te zjawiska uważa autor za obuoczne. Podjął on też próby ze szkłami barwnemi i przekonał się, o czem dotychczas wcale nie pisano, że zygzaki, występujące na tle jasnej podkowy, ukazują się wtedy w barwie dopełniającej. Na końcu pracy poświęca autor jeszcze kilka uwag fosfenom uciskowym, które mają wiele podobieństwa do zjawisk świetlnych, powstających w napadzie mroczków migocących. Stwierdził on mianowicie, że na tle barwnem fosfeny te ukazują się również w barwie dopełniającej. *K. W. Majewski.*

Cosmettatos. **O pewnej postaci rzekomej szpary tęczówki.** (*Pseudocoloboma iridis vel ectropium uveae congenitum*). (*Archiv für Augenheilk.* Tom LIII, 1905, Z. 2). Zdarzają się przypadki wrodzonej zmiany tęczówki, podobne na pierwszy rzut oka w świetle dziennem łudząco do wrodzonej szpary tęczówki (*coloboma iridis congenitum*). W oświetleniu ogniskowem i przy użyciu lupy można jednak stwierdzić, że w tęczówce niema żadnego ubytku, a pozorne wycięcie czarne jest w rzeczywistości warstewką barwika, przewiniętą przez brzeg źreniczny na przednią powierzchnię tęczówki. Autor podaje opis dwóch takich przypadków. W jednym z nich u 4-letniej dziewczynki tęczówka prawego oka pokryta była od strony nosa półksiężycowatym pokładem czarnego barwika. W drugim przypadku u 30-letniego mężczyzny znajdowały się na prawem oku przy brzegu źrenicznym trzy, a na lewem oku dwa trójkątne czarne barwikowe znamiona, z pozoru przypominające wręby źreniczne, jakie powstają przy pęknięciu zwieracza. W głębi oka nie znalazł autor ani w jednym, ani w drugim przypadku żadnego śladu innych szpar wrodzonych. Z piśmiennictwa przytacza autor podobne spostrzeżenia Ankego, Przybylskiego, Wicherkiewicza, Gloora, Hartrigea, Bürstenbindera i innych. Pamiętać należy, że oprócz opisanego wywinięcia warstwy barwikowej z tylnej na przednią powierzchnię tęczówki istnieją przypadki t. zw. częściowej szpary wrodzonej, gdzie wskutek rzeczywistego braku, w przednim tylko listku tęczówki odsłonięta jest na tej przestrzeni jej warstwa barwikowa. W pierwszym przypadku pokład barwikowy leży w poziomie tęczówki lub nawet nieco ponad jej powierzchnię wystaje, w drugim zaś przeciwnie warstwa barwikowa leży nieco głębiej, na dnie ubytku. *K. W. Majewski.*

Scholtz. **Przypadek cierpienia spojówki, przypominający** *conjunctivitis infectiosa Parinaudi* **z dodatnim wynikiem badania bakteryologicznego.** (*Archiv f. Augenheilk.* T. LIII, Z. 1, 1905) U 66-letniej właścicielki zakładu dorożkarskiego, mieszkającej w pobliżu stajen, wystąpiły w lewem oku objawy, przypominające z wielu względów opisaną przez Parinauda *»conjunctivite infectieuse d'origine animale«*. Spojówka powieki górnej była zaczerwieniona, rozpulchniona i zgrubiała, a w górnym załamku uderzała grupa żółtych pryszczyków, podobnych zupełnie do krostek, jakie wytwarza na skórze trądzik (*acne vulgaris*). Równocześnie z pojawieniem się objawów ocznych obrzmiał znacznie poniżej ucha lewego gruczoł limfatyczny, który wkrótce uległ zropieniu. Po wygnieceniu i wyłyżeczkowaniu zropiałych grudek z załamka górnego zapalenie spojówki pod wpływem łagodnego lapisowania w ciągu trzech tygodni ustąpiło. Zapomocą szczepienia na różnych pożywkach wyhodował autor z ropy wspomnianych krostek, oraz wydzieliny spojówkowej oprócz zwykłych pasorzytów worka spojówkowego (*bacillus xerosis*, *b. staphylococcus albus* etc.), prątka, któremu przypisuje w opisanym przypadku rolę etyologiczną. Są to krótkie pałeczki, układające się często w łańcuszki, złożone z 5 do 20 członków; nie posiadają widocznej otoczki, są nieruchome, nie wytwarzają zarodników, rosną dobrze na wszystkich pożywkach z wyjątkiem ziemniaka, zarówno w termostacie, jak i cieple pokojowej. Znamiennem dla prątków tych jest to, że barwią się tylko na obu końcach pałeczki, środek nie barwi się prawie wcale. Nie barwią się sposobem Grama. Na płytce żelatynowej wytwarza prątek ten okrągławe, nieco nad powierzchnię wystające, ostro ograniczone kolonie, barwy mlecznobiałej, lekko opalizujące. Żelatyny nie rozpuszcza. Na agarze wytwarza nalot gruby, śmietankowaty. W bulionie wytwarza po kilkunastu godzinach silne zmętnienie, a po kilku dniach na dnie biały osad, a na powierzchni grubą błonkę, która przy wstrząsaniu rozpada się na kawałki i opada na dno. Mleka nie ścina. Hodowle agarowe zaczynają po pewnym czasie wydawać niemiłą woń. Prątek ten zabija białe myszy w kilku dniach i daje się u nich wykryć w śledzionie i we krwi. Jeszcze wrażliwsze są kury, które po wstrzyknięciu 1 ctm.^{3} bulionowej hodowli dostają biegunki i po kilkunastu godzinach giną. Morskie świnki i gołębie są na jad tego prątka zupełnie odporne. Tylko zaszczepiony w rogówkę morskiej świnki wywołuje on silne, ale przemijające zaćmienie. Zakażanie worka spojówkowego u świnki morskiej nie dało wyniku. Własnościami temi zbliża się opisany prątek do prątka cholery kurzej, a raczej do jego odmiany opisanej przez Lehmanna pod nazwą *bacillus gallinarum*. Aby napewno stwierdzić chorobotwórcze znaczenie znalezionego mikroba w *conjunctivitis infectiosa Parinaudi*, uważa autor za konieczne dalsze spostrzeżenia kliniczne i bakteryologiczne. *K. W. Majewski.*

HIGIENA. Löwenstein. **Wpływ formaliny na mleko i zaczyn podpuszczkowy.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, Bd. 48). Blum, Bach i Benedicenti stwierdzili, że formaldehyd zamienia białka na połączenia metylenowe, których własności różnią się od własności białek rodzimych. Wpływ ten objawia się również i co do zachowania się związków tych wobec fermentów proteolitycznych, znosząc bądź zupełnie, jak przy trypsynie, bądź w znacznej części, jak wobec pepsyny, działalność fermentów. Wobec zalecenia przez Behringa formaliny do konserwowania mleka, podjął się L. zbadania wpływu formaliny na sernik i zaczyn podpuszczkowy: w doświadczeniach tych używał L. formaliny, zalecanej przez Behringa przy konserwacyi mleka. Wynik doświadczeń stwierdził ujemny wpływ formaliny w stopniu tem silniejszym, im czas działania formaliny był dłuższy. Po 96-godzinnem działaniu formaliny na mleko w rozcieńczeniu 1: 5000 objawiło się działanie zaczynu podpuszczkowego dopiero przy 300-krotnej dawce zaczynu (w stosunku do potrzebnej w warunkach zwykłych) i po 6 godzinach. Natomiast nie działa ujemnie formaldehyd płynny na zaczyn podpuszczkowy w rozczynie soli kuchennej, gazowy zaś pozbawia siły podpuszczkę w proszku. *L. Bier.*

Kisskalt. **Wpływ wdychiwania kwasu siarkowego (SO_2) na powstawanie gruźlicy.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, T. 48). Rozległy użytek kwasu siarkawego w przemyśle do celów blicharskich, nieprzyjemne oddziaływanie na oddychanie już 0.003 prc. tego kwasu w powietrzu, brak danych statystycznych, na których oprzećby można wnioski co do wpływu tegoż związku na powstawanie chorób płucnych u robotników fabrycznych, zniewoliły autora do podjęcia odpowiednich doświadczeń na zwierzętach. Ilość odsetkowa gazu w powietrzu wynosiła 0.005—0,0076, była zatem nieco niższą od napotkanej w fabryce przez Lehmana. Króliki przebywały w mieszaninie tej godzin 9 na dobę; użyto królików częścią zdrowych,

częścią zakażonych gruźlicą ludzką, wolniej na te zwierzęta działającą. Wynik doświadczeń stwierdził obok dosyć rozmaitej wrażliwości zwierząt, wobec nieco większej ilości kw. siarkawego w powietrzu skłonność do drobnych wybroczyn w płucach, głównie zaś szybszy przebieg gruźlicy w płucach u tych zwierząt, aniżeli u kontrolnych. K. nie rozstrzyga pytania, czy przebieg gruźlicy przyśpieszył się wskutek usposobienia, wywołanego przez uszkodzenie nabłonka przez SO_2, a zatem anatomicznego, czy też wskutek zmniejszenia się zdolności obrony czynnikami fizyologiczno-chemicznymi: fagocytozą i fermentami. Jakkolwiek wywołano w doświadczeniach inny przebieg gruźlicy płucnej u królików, niż bywa u ludzi, można jednak, zdaniem K., wnioski z jego doświadczeń przenieść i na ludzi, tem bardziej, że zmiany na błonie śluzowej pod wpływem SO_2 są u ludzi wybitniejsze, aniżeli u królików. *L. Bier.*

Dönitz. **Źródła zakażenia durem brzusznym według spostrzeżeń w Berlinie.** (*Festschrift z. 60 Geburtstg. R. Kochs*, str. 297). Źródła, z których zakażenia durem brzusznym się rozchodzą, oprócz objawiającego się wybuchowo zakażenia przez wodę są zbyt mało znane, a wyszukiwanie ich, ważne pod względem zapobiegawczym, napotyka na wiele trudności. Autor, ordynator oddziału klinicznego zakładu dla badania chorób zakaźnych w Berlinie, starał się wspólnie z innymi współpracownikami tego zakładu oraz przy pomocy lekarzy policyjnych obwodowych miasta i okolicy Berlina zbadać źródła powstawania duru, posługując się jak najczęściej badaniem bakteryologicznem kału i moczu chorych i ich otoczenia, oraz tych czynników, które mogły uchodzić za źródła zakażenia. Na 83 chorych, którzy w Berlinie zapadli na dur, stwierdzono bezpośrednie zakażenie: w 18 przypadkach częścią przez chorych, w większości przez ozdrowieńców po durze lub przez osoby, które nieraz na wiele tygodni przedtem przebyły „febrę gastryczną", a w kale lub moczu zachowały bakterye durowe; w 6 przypadkach na statkach, stojących na Sprei; w 3 przypadkach u robotników, pracujących na polach irygacyjnych; w 10 przypadkach trzeba było przyjąć mleko za źródło zakażenia. Wreszcie w 46 przypadkach, dotyczących poczęści ludzi bez stałego miejsca pobytu i zajęcia, nie zdołano stwierdzić źródła zakażenia. O ile w przenoszeniu zarazków pośredniczą muchy i szczury, o ile przenosi je masło i inne produkta mleczarskie, tego dokładniej zbadać niepodobna, a dochodzenie przyczyny napotyka, zwłaszcza co do wyrobów mleczarskich, na znaczne trudności ze względu na długi okres wylęgania się duru. Trudności w rozstrzygnięciu tego zagadnienia leżą, zdaniem D., niemniej i w niedostateczne jeszcze wyrobionych metodach badania bakteryologicznego. Mimo bowiem bardzo znacznego postępu na tem polu, metody te nie pozwalają jeszcze na stwierdzenie zarazka durowego w razie obfitej obecności innych bakteryi. Zakażenie durem na polach irygacyjnych nie przemawia przeciw wartości higienicznej pól, a niebezpieczeństwo uchylić tu łatwo drobnemi urządzeniami ochronnemi. *L. Bier.*

Gaffky. **Przypadek ograniczonej epidemii ostrego nieżytu żołądka i jelit, wywołanego najprawdopodobniej przez nieznane dotąd prątki otoczkowe** (*b. enteritidis mucosus*). (*Festschr. z. 60. Geburtstag Rob. Koch's*, str. 365). Z 13 osób, żywionych potrawami z jednej kuchni w lecznicy prywatnej, zachorowało 12, a z tych zmarła po 17 dniach choroby jedna, operowana poprzednio; — objawy choroby odpowiadały ostremu nieżytowi żołądkowojelitowemu z gorączką nietypową, zakończoną ostrym spadkiem, z kilkudniowemi wymiotami i biegunką, oraz z ogólnym zapadem. Przez szczepienia na zwierzęciu, jakoteż zapomocą hodowli otrzymał G. z kału chorych nieznaną dotychczas bakteryę, podobną wymiarami do zarazka moru. Zarazek ten miewa różny kształt; w preparatach narządów posiada otoczkę śluzową, barwi się zwykłymi barwikami, i to silniej na końcach, odbarwia się sposobem Grama, nie tworzy zarodników i niema własnych ruchów, nie rozpuszcza żelatyny, tworzy zaś na agarze nalot zbity, szklisty, przeświecający, ciągnący się w nitki. Najwięcej chorobotwórczym jest ten mikrob dla myszy przy zakażeniu podskórnem i z pokarmami. Hodowle sączone nie są jadowite; jad przeto albo dopiero tworzy się w ustroju, albo też wydziela się z komórek bakteryi. W przeciągu 2 lat jadowitość bakteryi zmalała, początkowo niewiele, później wybitnie.

L. Bier.

Fraenkel. **Badania pola irygacyjnego.** (*Festschr. zum 60. Geburtstag Rob. Koch's*, str. 501). Aby ocenić działanie pól irygacyjnych zakładu dla obłąkanych w Niesleben, porównywał F. ilościowy skład bakteryologiczny i chemiczny, wody kanałowej surowej, oraz przesączonej przez grunt. Pole irygacyjne oddziału męskiego (570 chorych) obejmowało 1,4 ha, żeńskiego (470 chorych) 1,67 ha — na głowę zużywano dziennie około 300 l. wody. Woda przesączona zawierała na obu polach wprawdzie zmniejszoną, jednak zawsze znaczną ilość bakteryi. Niedostateczny wynik przesączania potwierdził wynik badania chemicznego i doświadczenia ze sztucznem zakażeniem pól hodowlami prątka krwawego (*b. prodigiosus*), które już w kilka godzin zjawiały się w przesączu. Zapobiedz takiemu nieprawidłowemu działaniu pól może zdaniem F. jedynie rozszerzenie pól, a nie proponowane przez techników wstępne oczyszczanie wód metodą mechaniczną. *L. Bier.*

Rullmann. **Odczyny oksydazy w mleku krowiem i kobiecem.** (*Zeitschr. f. Unters. d. Nahrg. u. Genussmittel*, 1904, T. 7). Odczyny oksydazy w mleku mają znaczenie nietylko teoretyczno-biochemiczne, ale i praktyczne, bo zapomocą nich można stwierdzić, do jakiej ciepłoty ogrzano mleko przy pasteryzacyi i czy do mleka, ogrzanego powyżej 70° C., nie dodano mleka surowego. 1) Odczyn z wyciągiem gwajakowym wykonuje się na 10 cm.³ mleka przy 12° C., zaprawiając je 10 kroplami 3 prc. wody utlenionej, a na powierzchnię dodając warstwę świeżego wyskokowego roczynu gwajaku; występujący w miejscu zetknięcia się cieczy pasek niebieski dowodzi obecności oksydazy. Odczyn ten powstaje przy 12° C. po 2½ minutach, przy ciepłocie niższej później, — w mleku, ogrzanem przez 2—3 minut do 25° C., natychmiast. Godzinne ogrzanie mleka przy 68° nie wpływa na odczyn, zwalnia go nieco ogrzanie przy 69° C., wybitnie zaś przy 70° C. Odczyn zwalnia się również, jeżeli w mleku gotowanem znajduje się domieszka surowego i to tem więcej, im ta domieszka większa. 2) Odczyn Schardingera polega na użyciu formalinowego roczynu błękitu metylenowego (5 cm.³ nasyconego roczynu alkoholowego + 5 cm.³ formaliny + 190 cm.³ wody); dodany w ilości 1 cm.³ do 10 cm.³ mleka, ogrzanego do 45° C, odbarwia się ten barwik w ciągu 5 minut w razie obecności oksydazy. Godzinne ogrzanie mleka przy 68° sprawia, że barwik odbarwia się powoli dopiero po 20 minutach; odbarwienie nie nastaje wcale, nawet po dobie, w mleku, ogrzanem godzinę przy 71° C. i powyżej. 3) Próbę Storcha z parafenyldwuaminem zmienił R., dodając 1 cm.³ wodnego roczynu chlorowodorku parafenyldwnaminu na powierzchnię 10 cm.³ mleka, zaprawionego 10 kroplami 3 prc. wody utlenionej bez zakłócenia płynów. Mleko surowe i ogrzane przez godzinę do 68—69° C. dawało natychmiast silną obrączkę niebieską; pół-godzinne ogrzanie mleka do 72° C. i powyżej zwalnia i opaźnia odczyn, nastający wtedy dopiero po 10 minutach. Według R. oksydaza nie dyalizuje, na odczyn jej nie wpływa bezwodnik węglowy. Wbrew zdaniu Mora dowodzi R. na podstawie prób parafenyldiaminowych, że również mleko kobiece zawiera oksydazę nawet w 48 dniu po porodzie, a ujemny wynik Mora tłómaczy małą czułością prób gwajakowej i metylenowej. *L. Bier.*

Calmette i Breton. **Niebezpieczeństwo spożywania prątków gruźliczych, zabitych działaniem wyższej ciepłoty.** (*Presse méd.*, Nr. 15, 1906). Antorowie stwierdzili, że podawanie wewnętrzne prątków gruźliczych, zabitych parą wodną, nie jest obojętne dla ustroju. Przedewszystkiem u zwierząt (świnek morskich), zakażonych już poprzednio gruźlicą, przyśpiesza to znacznie zejście śmiertelne, ale i dla zwierząt zdrowych nie jest obojętne; kilka zwierząt wkrótce zginęło, a sekcya wykryła takie zmiany, jakie wywołuje częste podawanie tuberkuliny zwierzętom zdrowym, niezakażonym gruźlicą. — Gdyby tak samo było u ludzi, to podawanie mleka z krów gruźliczych, chociażby to mleko było wyjałowione, może być niebezpieczne dla ludzi chorych na gruźlicę, a w każdym razie nieobojętne dla ludzi zresztą zdrowych.

Mostowski.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 28 lutego 1906.

Przewodniczy kol. doc. Rutkowski. Obecnych członków 30.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

II. Kol. Latkowski przedstawia chorego 42-letniego, u którego rozpoznano **nowotwór złośliwy śródpiersia**, prawdopodobnie wychodzący z płuca lewego. (Przypadek ten będzie osobno ogłoszony drukiem).

W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Ciechanowski.

III. Kol. prym. Borzęcki przedstawia: a) chorą ze zmianami barwikowemi skóry na szyi **(leucoderma syphil. colli)**. U chorej, która leczoną była w oddziale chorób skórnych i wenerycznych przed kilku tygodniami z powodu wysypki guzkowej, rozsianej na całym tułowiu, spostrzega się na szyi ogniska, pozbawione barwika, mieszczące w swej części środkowej resztki niezupełnie wessanych guzków, które stanowią ciemno-bronzowo zabarwione plamki. Przypadek przedstawiony dowodzi, że *leuco-*

derma colli może być zejściem wysypki czyto plamistej, czy częściej guzkowej, na szyi rozmieszczonej. b) Chorego z **zapaleniem okostnej podniebienia w okresie kiły wczesnej.** Badanie podniebienia nie wykrywa zmian, wpadających w oko, jedynie przy ucisku palcem na pewnej przestrzeni chory doznaje silnego bólu. Z zębów żaden nie uległ próchnieniu. Na uwagę w tym przypadku zasługuje rzadka w okresie wczesnym kiły siedziba swoistych zmian okostnej podniebienia.

W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Reiss.

IV. Kol. Brzeski przedstawia preparaty i omawia: a) przypadek **ciąży poza błonami** (*graviditas extramembranosa*) i b) przypadek **ciąży zewnątrzmacicznej**, w którym płód rozwijał się przez trzy tygodnie w wolnej jamie brzusznej.

V. Kol. doc. Nowotny przedstawia dwóch chorych, którym usunięto włókniakomięsaki, wychodzące z podstawy czaszki i rozrastające się ku jamie nosowej.

W dyskusyi zabierają głos koll. Merz i prof. Ciechanowski.

VI. Kol. Stahr wygłasza rzecz: **O zmianach we krwi chorych, leczonych sposobem Biera** (Przeznaczono do druku).

W dyskusyi zabiera głos kol. Gertler: Prelegent doszedł do wyniku, że pod wpływem opaski Biera powstaje leukocytoza w kończynie uciśniętej. To jeszcze nie daje podstawy do wytłómaczenia działania leczniczego metody Biera. Wiadomo z ostatnich badań Neufelda, Rimpaua i Wrigtha, że drobnoustroje mogą istnieć obok leukocytów bez zmiany; jeśli do takiej mieszaniny dodamy trochę surowicy swoistej, następuje taka zmiana w drobnoustrojach, że rozpoczyna się tak zwana żerność komórkowa (fagocytoza). Istoty zawarte w surowicy swoistej, działające w ten sposób, nazwano zmieniaczami bakteryi, bakteryotropami lub opsominami. Otóż kol. Gertler przypuszcza, że należałoby głównie w tym kierunku zwrócić uwagę dla wytłómaczenia leczniczego działania metody Biera, tembardziej, że wziąwszy krew z kończyny uciśniętej opaską Biera, można otrzymać surowicę, któraby dodana do leukocytów, zmieszanych z drobnoustrojami w probówce, służyć mogła do badania, czy wogóle zachodzi jakieś wybitne działanie bakteryotropowe w porównaniu z surowicą, uzyskaną z innej części tego samego ustroju, gdzie nie działała opaska Bierowska. (*Streszczenie własne*).

Kol. prof. Ciechanowski podnosi znaczenie badań tego rodzaju, jak rozpoczęte przez prelegenta i porusza sposoby, zagadnienia i kierunki, któreby w dalszych badaniach należało uwzględnić. Sekretarz: *Wilczyński.*

Posiedzenie w dniu 7 marca 1906 r.

Obecnych członków 28; przewodniczący kol. Doc. Rutkowski.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Kol. Prof. Jordan opisuje i omawia w dłuższym wykładzie pierwszy przypadek **pubiotomii,** wykonanej w klinice krakowskiej. Chora rodziła raz, poród zakończono wymóżdżeniem. W dniu przyjęcia rodzącej do kliniki stwierdzono: miednicę płaską krzywicowatą, *conj. diag.* nieco mniej niż 10, *conj. vera*, mierzona sposobem Bylickiego 7·75; płód w położeniu czaszkowem I z główką dużą nad wchodem, małym odcinkiem do wchodu już się wciskającą; bole dobre, przedgłowie duże. Pozostawienie porodu siłom natury i dalsze wyczekiwania nie rokowało utrzymania życia płodu tem więcej, że tętno płodu stawało się z każdą chwilą coraz wolniejsze. Prof. Jordan przystąpił więc do pubiotomii, którą wykonał podskórnie sposobem Bumma, wychodząc z założenia, że mniej uszkadza się odnogę ciał jamistych (*crus cavernosum clitor.*), wbijając igłę z dołu ku górze i prowadząc ją tuż przy kości. Po przekłuciu, założeniu piłeczki Giglego i wyprowadzeniu igły kość w całości przepiłowano. Krwotok z miejsc wkłucia był bardzo mały; rozstęp między brzegami przepiłowanej kości zwiększył się podczas najbliższego bolu na szerokość dwóch palców i równocześnie główka zstąpiła do miednicy. Przy następnych dwóch bolach obniżyła się poprzecznie aż do wychodu, gdzie przy nieznacznym ucisku ręką od zewnątrz zwróciła się w mechanizm prawidłowy i tak wytoczyła się na zewnątrz. Popłód odszedł w 10 minut. Po upewnieniu się, iż nie powstało żadne obrażenie pochwy, ani też nie wytworzył się nigdzie krwiak, zaszyto górną i dolną ranę z nakłucia i założono opatrunek, nie wywierający wielkiego ucisku tak, iż pozostawiono brzegi kości w rozstępie na szerokość palca. Przebieg po operacyi dotychczas zupełnie prawidłowy i bezbolesny.

Dyskusya: Kol. Prof. Rosner wykonał w swoim oddziale szpitalnym po raz pierwszy pubiotomię przed dwoma tygodniami; wykonał ją jednakże nie podskórnie, lecz sposobem Döderleina (przy pomocy prostego przecięcia skóry i części miękkich aż do okostnej); chora po operacyi ma się zupełnie dobrze, niedługo będzie mogła chodzić, kostnina tworzy się prawidłowo. Co do sposobu operowania podskórnego i nie podskórnego, co do kierunku wbijania igły z dołu lub z góry, to zapatrywania różnych położników są rozmaite; kol. Rosner jest przeciwny operacyi podskórnej, a igłę woli wbijać od góry. Kol. Wojciechowski potwierdza, że krwotok podczas samej operacyi sposobem Bumma był bardzo nieznaczny, również i krwiaka nigdzie nie zauważono. Czy w przyszłości okaże się praktyczniejszym sposób operowania Döderleina, czy Bumma, wykaże jedynie doświadczenie, oparte na większym materyale statystycznym. Kol. Wachtel porusza myśl, czyby nie można w przyszłości próbować pubiotomii przy znieczuleniu lędźwiowem stowainą. Kol. Dobrowolski zaznacza, że znieczulenie lędźwiowe znosi działanie tłoczni brzusznej, dlatego nie nadaje się do operacyi położniczych.

III. Kol. Przybylski mówi: *a*) **O ścieśnieniach miednicy na tle zmięknienia kości** (osteomalacyi), przy których koniecznie należy pamiętać o rozciągliwości miednicy zmiękczałej. Rozciągliwość ta istnieje u różnych chorych w różnym stopniu. Jest ona przy miednicy zmiękczałej szczegółem ważniejszym, aniżeli sam stopień zwężenia, dozwalając częstokroć przy zwężeniach, na pozór bezwzględnych, na poród siłami natury, lub na rozwiązanie matki drogami naturalnemi. Dwa przypadki, objaśniające tę różnorodność miednicy zmiękczałej, spostrzegał kol. Przybylski w ubiegłym miesiącu w klinice położniczej. Jedną z rodzących przywieziono do kliniki z pęknięciem macicy i urodzeniem się płodu do jamy brzusznej. Mimo natychmiast wykonanej laparotomii chorej uratować nie zdołano. Drugi przypadek: rodzącą z daleko posuniętem zmięknieniem kości, z miednicą, na pierwsze wejrzenie bezwzględnie zwężoną, przywieziono do kliniki w okresie, wymagającym bezzwłocznego rozwiązania matki z powodu grożącego pęknięcia macicy. Mimo bardzo silnego zwężenia miednicy udało się ręką rozsunąć kości miednicy i sprowadzić nóżkę, poczem dzięki znacznej miękkości kości i podatności miednicy zdołano matkę rozwiązać przy pomocy wydobycia płodu. Następnie przedstawia kol. Przybylski *b*) ciężarną w końcowym miesiącu ciąży, którą przywieziono do kliniki z rozpoznaniem rzucawki (*status eclampticus*), trwającej bez przerwy od 2 tygodni. Badanie chorej dowiodło jednak, że chodzi tutaj o ciężki **stan padaczkowy** (*status epilepticus*), wobec czego podano brom w dużych dawkach, a wkrótce napady drgawek stały się rzadsze i ustąpiły w końcu zupełnie, pozostawiwszy na przeciąg kilku dni niemotę i porażenie kończyny górnej prawej, które to zmiany niebawem także ustąpiły. Przypadek ten potwierdza znane zresztą zdanie, że padaczka nie wpływa ujemnie na ciążę i nie stanowi nawet w postaci »stanu padaczkowego« wskazania do przerwania ciąży i rozwiązania matki.

W dyskusyi zabiera głos kol. Rydel, opisując dokładnie napad padaczkowy u chorej i demonstrując objawy utrzymującej się częściowej afazyi. Kol. Doc. Dobrowolski podnosi, że padaczka u ciężarnych przebiega zazwyczaj lekko, a kol. Hirsch z własnego doświadczenia opisuje przypadek, gdzie ciąża wcale nie wpłynęła na pogorszenie się padaczki.

IV. Kol. Cetnarowski omawia **statystykę raka** na podstawie materyału klinicznego **z ostatnich lat dziesięciu.** (Rzecz przeznaczona do druku).

V. Kol. Wierzbicki przedstawia dwa przypadki **raka macicy**, operowane w klinice Prof. Jordana. *a*) Przypadek raka, wychodzącego z części pochwowej u kobiety 40-letniej, w którym nowotwór w przeciągu paru tygodni zniszczył całą część pochwową, a nadto zajął ścianę pęcherza moczowego i tkankę przymaciczną po stronie lewej. Podczas operacyi (wyjęcie macicy drogą pochwy) stwierdzono obecność jaja płodowego w III. mies. ciąży. Przypadek z dwojakich względów ciekawy: 1) jako połączenie ciąży z nowotworem złośliwym, 2) ze względu na nadzwyczajnie szybki rozwój nowotworu podczas ciąży. Połączenie raka i ciąży jest stosunkowo dość rzadkie, mniej więcej na 2000 porodów wypada 1 przypadek raka. Trudności rozpoznawcze mogą być bardzo znaczne. Wielu autorów twierdzi, iż stanowcze rozpoznanie ciąży przy znaczniejszym rozwoju nowotworu jest wręcz niemożliwe przed końcem III. mies. ciąży. Co do rokowania, to jest ono przeważnie tak dla matki, jak i dla płodu złe. Jedynie w przypadkach, w których wcześnie rozpoznano raka, rokowanie dla matki jest lepsze, gdyż wtedy przez wczesne wyjęcie macicy można zapobiedz przejściu nowotworu

na tkankę, otaczającą macicę. Operować wówczas należy bez względu na to, czy dziecko zdolne jest do życia, czy nie. Rokowanie dla dziecka zaś wówczas jest dobre, gdy nowotwór rozwinął się już tak daleko, że o operacyi mowy być nie może. Wobec tego, iż życie matki już jest wtedy stracone, należy dbać ile możności o podtrzymanie jej sił aż do czasu, gdy zabiegiem operacyjnym możemy wydobyć na świat dziecko zdolne do życia.

b) Przypadek raka, zajmującego szyjkę maciczną u kobiety 42-letniej, gdzie badaniem ręcznem zupełnie obecności nowotworu złośliwego stwierdzić się nie udało. Wobec jednakże podejrzanych wywiadów wyskrobano szyję macicy, a badanie mikroskopowe wykryło typowe utkanie raka. Postanowiono wobec tego wyjąć macicę drogą pochwy. Podczas operacyi jednakże oderwała się cała część pochwowa wskutek zupełnego zniszczenia szyi macicy tak, że operacyę musiano zakończyć od strony brzucha. Przypadek ten jest pouczającym z tego względu, iż nowotwór rozwijał się tu tak skrycie, że badaniem ręcznem zupełnie stwierdzić go nie było można, mimo iż prawie cała szyja macicy była już zniszczona. Ani trzon, ani tkanka otaczająca macicę nie były zajęte naciekiem, dopiero podczas operacyi spostrzeżono nieznaczny naciek w zatoce Douglasa. *(Streszczenie własne).*

Sekretarz: *Wilczyński.*

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Tow. dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie dnia 6/19 maja 1905 r.

Obecnych członków 10.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Prezes dr. Strawiński wygłasza odczyt pod tytułem: **„Wyłuszczenie włókniakomięśniaka macicy w okresie poporodowym“.** Do prelegenta zgłosiła się wieloródka w 3-ciej ciąży; po porodzie znalazł prelegent rozmiary macicy we wszystkich kierunkach zwiększone w porównaniu do prawidłowych; takiż wynik dało i badanie w 3 tygodnie po porodzie. Gdy chora zaszła wkrótce w czwartą ciążę, objętość macicy nie odpowiadała miesiącom ciąży; ciąża skończyła się porodem w 7 miesiącu; po odejściu łożyska dno macicy znajdowało się o 5 palców wyżej pępka. Badanie wykryło tylko zgrubienie wszystkich ścian macicy; 8. dnia po porodzie ciepłota podniosła się do 38—39°, ponad ujściem wewnętrznem macicy można było wyczuć guz, występujący ponad ścianę macicy. 9-go i następnych dni nastąpiły bole o cechach porodowych, ujście maciczne zaczęło rozszerzać się pod naciskiem guza, gorączka zwiększała się. Wobec tego na 18. dzień po porodzie zdecydował się prelegent usunąć guz, co dokonał z łatwością, oddzieliwszy ręką guz na całej przestrzeni od ściany macicy. Chora obecnie jest na drodze ku wyzdrowieniu. Badanie guza stwierdziło utkanie włókniakomięśniaka. Prelegent przedstawia wydobyty guz długości 20, szerokości 18 i grubości 8 ctm.

III. Odczyt dra Rudzkiego: »Ze spostrzeżeń klinicznych nad wczesnemi zmianami kilakowemi gruczołów chłonnych z zejściem w ropienie«, odłożono na posiedzenie następne.

Na posiedzeniu administracyjnem: I. prezes dr Strawiński w imieniu zgromadzenia składa życzenia drowi Cyrskiemu z powodu 50-letniego jubileuszu jego lekarskiej działalności.

IV. Dr Wolański na zasadzie pisma administracyi »Przeglądu lekarskiego« porusza sprawę prenumerowania tego pisma, ogłaszającego protokoły posiedzeń Koła, przez wszystkich członków Koła.

Sekretarz doc. dr. W. Orłowski wyłuszcza przyczyny, dla których uważa za pożądane i konieczne drukowanie protokołów Koła, a zarazem powody, dla których, nie będąc skrępowany uchwałą Koła, umieszcza je w »Przeglądzie lekarskim«. Prof. dr St. Zaleski przy całem uznaniu dla »Przeglądu lekarskiego« zasadniczo uważa za niemożliwe narzucać wszystkim członkom przymusową prenumeratę jakiegokolwiekbądź czasopisma lekarskiego, tembardziej, że nie wszyscy członkowie Koła są lekarzami; drukowanie protokołów uważa za bardzo pożądane, przypuszcza jednak, że stosunki ogólno-społeczne wkrótce na tyle się zmienią, że Koło będzie mogło drukować protokoły w języku polskim w Petersburgu, co będzie kosztować znacznie mniej, niż prenumerata czasopisma; dziś zaś wkładka członków wynosi 5 rubli, a prenumerata »Przeglądu lekarskiego« 7 rubli. Dr Wolański, dr Bernatowicz, dr Hattowski i dr Zakrzewski popierają wnioski sekretarza, dotyczące drukowania protokołów i prenumeraty »Przeglądu lekarskiego«. Wreszcie po przeszło 2 godzinnych obradach uchwalono wobec nielicznego zgromadzenia:

1) Podnieść dopiero na następnem ogólnem posiedzeniu Koła ponownie sprawę drukowania protokołów w »Przeglądzie lekarskim« i uznania tego czasopisma za organ Towarzystwa, dokładnie oznaczywszy to na rozsyłanych członkom zawiadomieniach (wniosek doc. dra W. Orłowskiego).

2) Wobec tego, że do Koła należy wielu młodych kolegów, dla których większy wydatek mógłby być nieco uciążliwym, upoważnić sekretarza Koła do podjęcia starań o obniżenie dla członków Koła prenumeraty »Przeglądu lekarskiego«; wyniki ma sekretarz zakomunikować na następnem ogólnem posiedzeniu (wniosek prof. dra St. Zaleskiego).

3) Uznając »Przegląd Lekarski« za jedno z lepszych czasopism polskich w obecnym czasie, propagować go w Kole, nie oczekując ostatecznego rozwiązania sprawy (wniosek dra Strawińskiego).

Na tem posiedzenie administracyjne zamknięto.

Posiedzenie dnia 7/20 października 1905 r.

Obecnych członków 11.

Obowiązki sekretarza pełni dr Uliński.

Prezes dr Strawiński zawiadamia zebranie o zgonie członka Koła dra Józefa Rudzkiego i wzywa do uczczenia jego pamięci przez powstanie, co też obecni spełniają.

I. Prof. dr St. Zaleski mówi: **„O rejestrowaniu chorych w uzdrowiskach“.** Prelegent przedstawia kartkę balneologiczną, opracowaną za inicyatywą prelegenta przez komisyę, złożoną z lekarzy w Sławiańsku. Kartka ma na widoku cele naukowe: uwzględnia rodzaj zajęcia, miejsce stałego pobytu, wiek, płeć, stan, narodowość, wyznanie, zasadnicze choroby i powikłania, czas trwania leczenia, wagę, badanie moczu, plwociny, krwi i inne, wreszcie metody lecznicze.

Dyskusya: Zdaniem prof. Ziemackiego przedstawiona kartka nie może mieć wartości pod względem naukowym dla wielu przyczyn, przedewszystkiem zaś dlatego, że w uzdrowiskach chory zwykle podlega jednocześnie kilku metodom leczniczym. Dr Zakrzewski uważa kartkę za zbyt krótką, zwłaszcza w części, dotyczącej badania moczu. Zdaniem lekarza weterynaryi p. Sobolewskiego i dra Strawińskiego rejestrowanie chorych może być korzystnem, jakkolwiek trudno je przeprowadzić.

II. Prof. dr Zieniacki wygłasza rzecz pod tytułem: **„Metody otrzymania moczu z każdej nerki osobno“.** Czynność nerek nawet w zwykłych warunkach nie jest jednostajna. Wobec tego ważną jest rzeczą zbadać w odpowiednich przypadkach mocz z każdej nerki. Cewnikowanie moczowodów rozstrzyga to zadanie w zupełności, lecz ma ono strony ujemne, mianowicie wymaga wielkiej wprawy, podrażnia moczowód, może przyczynić się do zakażenia zdrowego moczowodu, wreszcie w niektórych przypadkach wprowadzenie cewnika do moczowodu jest niemożliwe. W ostatnim czasie w tymże celu Cathelin i zosobna Luys polecają przyrządy, zapomocą których można rozdzielić pęcherz moczowy na 2 części i w ten sposób otrzymać mocz z każdego moczowodu. Odczyt był objaśniony okazaniem tych przyrządów.

W dyskusyi prof. dr St. Zaleski zaznacza, że niejednostajność moczu z nerek może zależeć od podrażnienia cewnikiem.

Sekretarz: *W. Orłowski.*

W sprawie budowy zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi.

Napisał

Prof. Dr. Jan Piltz[1]).

Podług »Oesterreichische Statistik« (tom 55, roku 1900), przypada w Galicyi 1 umysłowo-chory na 700 mieszkańców. A ponieważ Galicya liczy 7,245.074 mieszkańców, można obliczyć liczbę umysłowo-chorych na **10.350** (razem z głuptakami i matołkami).

[1]) Według referatu, przedstawionego na ankiecie Wydziału krajowego w styczniu 1906.

Doświadczenie innych krajów poucza, że $^1/_3$ wszystkich umysłowo chorych wymaga specyalnego leczenia, opieki lub dozoru w zakładach. I tylko w tych krajach stan opieki nad umysłowo-chorymi jest zadowalniający, w których taki właśnie panuje stosunek pomiędzy liczbą miejsc w zakładach, a ogólną liczbą umysłowo-chorych danego kraju. Do takich krajów należą przedewszystkiem Szwajcarya i Szwecya. Skoro w Galicyi jest 10.350 umysłowo chorych, zatem powinno być w Galicyi 3450 miejsc w zakładach. A tymczasem obecnie mamy w Galicyi tylko 1238 [2]) miejsc.

Brakuje więc teraz w Galicyi w zakładach dla umysłowo-chorych 2212 miejsc. Nic więc dziwnego, że galicyjskie zakłady i szpitale są przepełnione, że warunki leczenia w nich są opłakane i że przy takiem położeniu rzeczy zdarzają się i będą się często zdarzać w tych zakładach różne nieszczęśliwe przypadki, które zwykle taką trwogą przejmują całe społeczeństwo i podkopują zaufanie do tych zakładów.

Po wybudowaniu zakładu w zachodniej Galicyi na 500 łóżek jeszcze będzie brakować w Galicyi 1712 miejsc. I dopóki nie zostaną wybudowane w różnych miejscach kraju jeszcze 4 nowe zakłady, każdy na 500 łóżek, dla tych 1712 umysłowo-chorych i dla tego przyrostu, który przybędzie wskutek zwiększenia się ogólnej liczby ludności, dopóty stan opieki nad umysłowo-chorymi w Galicyi będzie niezadowalniający i o racyonalnem leczeniu tych chorych w galicyjskich zakładach nie będzie można marzyć.

W Szwajcaryi, liczącej 3,400.000 ludności, istnieją aż 24 kantonalne (to znaczy krajowe) zakłady i 3 większe zakłady prywatne dla umysłowo-chorych. Prócz tego istnieje jeszcze cały szereg mniejszych zakładów prywatnych. Dnia 1 stycznia 1903 roku znajdowało się w kantonalnych zakładach szwajcarskich 7893 [3]) umysłowo chorych. W Szwajcaryi przypada 1 umysłowo-chory już na 150 [4]) mieszkańców, a wogóle jest w Szwajcaryi 22.600 umysłowo chorych. Pomimo jednak tak dużej liczby umysłowo chorych w Szwajcaryi, liczba łóżek w kantonalnych zakładach — wcale nie licząc prywatnych — wynosi więcej, niż $^1/_3$ część ogólnej liczby umysłowo-chorych w Szwajcaryi. Dla tego też stan opieki nad umysłowo-chorymi w Szwajcaryi jest zadowalniający.

Przy tworzeniu zakładów dla umysłowo chorych należy kierować się następującemi ogólnemi zasadami: 1) Każdy zakład powinien być przeznaczony tylko dla stosunkowo niewielkiej części kraju czyli powinien obsługiwać stosunkowo tylko nieduży obszar dlatego, żeby chorych do zakładu można przywozić jaknajłatwiej i jaknajtaniej.

2) Lepiej stworzyć kilka mniejszych zakładów, niż jeden wielki, ponieważ takim sposobem łatwiej będzie w przyszłości jaknajbardziej wyzyskać ludność danego kraju dla celów domowej, rodzinnej opieki nad umysłowo-chorymi pod nadzorem zakładów (*familiäre Verpflegung*).

3) Obszar, dla którego zakład jest przeznaczony, nie powinien być za duży, gdyż w takim razie zakład nie zdołałby utrzymywać stosunków z chorymi, chwilowo z zakładu wypuszczonymi, lub z chorymi, uwolnionymi z zakładu »na próbę«, t. j. nie mógłby umieszczać umysłowo-chorych w ich własnych rodzinach jedynie pod nadzorem zakładu.

4) W miastach uniwersyteckich powinny istnieć kliniki psychiatryczne. Każda klinika psychiatryczna powinna tworzyć ognisko dla rozwoju psychiatryi i powinna pod względem urządzenia swego być wzorem, według którego kształtować się powinny inne zakłady dla umysłowo chorych, z drugiej strony powinna być szkołą dla przyszłych lekarzy szpitalnych i dla służby.

5) W większych miastach nieuniwersyteckich powinny istnieć mniejsze szpitale dla umysłowo chorych, t. zw. »Durchgangsstationen«, wyposażone jednak w środki lecznicze i urządzone tak, aby były przygotowane do przyjmowania przypadków ostrych, a więc stosunkowo dość często zmieniającego się materyału.

6) Na prowincyi powinny istnieć większe szpitale dla umysłowo chorych, połączone z gospodarstwem rolnem, budowane systemem pawilonowym i przeznaczone z jednej strony na leczenie przypadków ostrych, a z drugiej na leczenie i pielęgnowanie przewlekle chorych, przybywających albo wprost do szpitala, albo z wyżej wymienionych szpitali miejskich lub z klinik psychiatrycznych, — a wymagających dłuższej opieki lub stałego pobytu.

7) W tych prowincyonalnych szpitalach powinno się stosować, oprócz wszelkich innych środków leczniczych przynajmniej co do niektórych pawilonów lub oddziałów [5]) system drzwi otwartych (*Offen-Thür-System*), a co do niektórych chorych — system kolonizowania umysłowo chorych i system t. zw. rodzinnego pielęgnowania (*familiäre Verpflegung*), polegającego na umieszczeniu spokojnych i nie niebezpiecznych umysłowo chorych u rodzin w sąsiedztwie zakładu, a więc poza zakładem i jedynie tylko pod nadzorem zakładu.

Jak widzimy, nowoczesne lecznictwo chorób umysłowych nie ogranicza się jedynie do niesienia pomocy lekarskiej chorym podczas ich pobytu w zakładzie, ale rozpościera wpływy swoje daleko poza obręb murów szpitalnych i wkracza w dziedzinę t. zw. »*psychiatriae extra muros*«.

Obowiązek opiekowania się umysłowo chorymi należy do społeczeństwa, do kraju, a więc ciąży na władzach krajowych.

Do wypełnienia tych wszystkich, wyżej wymienionych postulatów, do ich urzeczywistnienia, potrzeba jednak dużo środków. Stosownie też do środków i do kultury różne kraje w różny sposób wywiązują się z tego swego zadania.

Wobec niezliczonych i najróżnorodniejszych potrzeb, jakie zaspokajać muszą władze krajowe, jednorazowe wydatki na budowę zakładów dla umysłowo-chorych, a głównie stałe wydatki roczne na utrzymanie tych zakładów wydają się im zwykle bardzo duże. To też dążeniem naszem powinno być takie sfinansowanie tych zakładów, ażeby przynajmniej roczne wydatki na utrzymanie tych zakładów o ile możności obniżyć. To da się osiągnąć, jeżeli przyjmiemy zasadę, że społeczeństwo ma nie tylko obowiązek opiekowania się ubogimi umysłowo chorymi, ale także i prawo — i to wyłącznie jemu tylko przysługujące prawo — opiekowania się zamożnymi umysłowo chorymi. Sprawa pozbawienia kogoś wolności lub możności rozporządzania własną osobą i mieniem musi z natury rzeczy podlegać jaknajściślejszemu dozorowi społeczeństwa, szczególniej jeżeli chodzi o osobę zamożną. Dlatego też prawo pozbawiania kogoś tych praw powinno przysługiwać jedynie odpowiednim władzom. Podług mnie sprawa pozbawienia kogoś wolności powinna opierać się zawsze jedynie tylko o szpitale krajowe, rządowe lub publiczne.

Wychodząc z tej zasady, należy dążyć do tego, aby w krajowych, rządowych lub innych publicznych zakładach dla obłąkanych istniały oddziały pensyonarskie dla zamożnych chorych. Prywatne zakłady dla zamożnych umysłowo chorych nie powinny istnieć wcale. Dochody z oddziałów pensyonarskich powinny być obracane na pokrycie olbrzymich wydatków, jakie społeczeństwo ponosić musi na utrzymanie ubogich umysłowo chorych.

W Lozannie np. istnieje w kantonalnym (krajowym) zakładzie dla umysłowo chorych (na 500 łóżek) oddział pensyonarski I i II klasy, przynoszący 40.000 franków czystego dochodu, które idą na pokrycie ogólnych kosztów utrzymania tego zakładu. W tym samym zakładzie duży wpływ na obniżenie ogólnych wydatków rocznych wywiera gospodarstwo rolne, istniejące przy zakładzie: ferma ta przynosi rządowi rocznie 20.000 franków czystego dochodu. Wreszcie na obniżenie wydatków ogólnych wpływa i to, że w kantonalnym zakładzie w Lozannie praca wśród chorych jest bardzo rozpowszechniona. Podług sprawozdania tego zakładu, w roku 1903 było 56.000 dni roboczych. Jeżeli przyjmiemy, że praca rolnicza umysłowo chorych przedstawia tylko $^1/_3$ wartości pracy ludzi zdrowych, to i tak otrzymamy pokaźną sumę 93.000 franków [6]), które również wywierają wielki wpływ na obniżenie ogólnych wydatków zakładu.

Prawie we wszystkich krajowych zakładach dla obłąkanych w Szwajcaryi istnieją oddziały pensyonarskie [7]), wszystkie prawie zakłady połączone są z gospodarstwami rolnemi i we wszystkich praca chorych jest bardzo rozpowszechniona. Nic więc dziwnego, że w takich warunkach mogła Szwajcarya zdobyć się na tak wielką liczbę zakładów dla umysłowo chorych — 24. Ale taki stan rzeczy zawdzięcza ona przedewszystkiem racyonalnemu postawieniu całej sprawy i odpowiedniej organizacyi tych zakładów.

---

[2]) 1100 miejsc będzie w Kulparkowie po otworzeniu nowowybudowanych pawilonów, 115 miejsc jest w oddziale dla umysłowo chorych szpitala św. Łazarza w Krakowie; prywatny zakład dr. Świątkowskiego (dawniej Dobińskiego) we Lwowie jest urządzony na 15, a prywatny zakład prof. Żuławskiego w Krakowie na 8 chorych.

[3]) 3808 mężczyzn i 4085 kobiet.

[4]) Kantony Zürich, St. Gallen i Appenzell mają 1% umysłowo chorych, reszta kantonów ma mniej niż 1 na 150.

[5]) W jednym pawilonie może być kilka oddziałów klinicznych.

[6]) Wartość dnia roboczego wynosi w Szwajcaryi 5 fr.

[7]) Nie potrzebuję tu chyba dodawać, że lekarzom szpitalnym w Szwajcaryi nie wolno przyjmować żadnych honoraryów i że cały dochód z pensyonatu oddziału idzie na pokrycie ogólnych wydatków zakładu.

Ażeby pensyonarskie oddziały nie stały pustkami, musi cały zakład być dobrze urządzony, dobrze prowadzony i musi cieszyć się zupełnem zaufaniem społeczeństwa. W tym celu szpital powinien być przedewszystkiem urządzony podług wymagań nowoczesnej psychiatryi, t. j. powinien mieć możność stosowania nowoczesnych metod leczenia i postępowania z umysłowo chorymi. Najważniejsze z tych metod są: 1. psychoterapia, 2. metoda leżenia czyli trzymania chorych w łóżku (*Bettbehandlung*, *traitement au lit*), 3. stosowanie kąpieli letnich stałych, a raczej przedłużonych (*Dauerbäder*, *bains permanents*), 4. zajmowanie chorych pracą (*Beschäftigungstherapie*).

Dla przeprowadzenia należytej indywidualizacyi w leczeniu chorych i w postępowaniu z nimi, zakład powinien składać się przynajmniej z 8 odrębnych klinicznych oddziałów (z 8 dla mężczyzn i 8 dla kobiet), a mianowicie z oddziałów: 1. obserwacyjnego, 2. dla niespokojnych, 3. pół spokojnych, 4. spokojnych, 5. epileptyków i gwałtownych chorych, 6. obłożnie chorych (tak zw. infirmerya), 7. spokojnych chorych pracujących i 8. pensyonarzy[8]). Pawilonów może być mniej, gdyż niektóre pawilony mogą mieścić po dwa oddziały.

Ażeby zakład był prowadzony podług wymagań nowoczesnej psychiatryi i cieszył się zaufaniem społeczeństwa, należy na dyrektora zakładu powołać człowieka ze wszech miar odpowiedniego. Przyszły dyrektor powinien być wybrany drogą publicznego i jak najszerszego konkursu i mianowany przez władze krajowe dopiero po zasięgnięciu zdania krajowych i zagranicznych psychiatrów. Przyszły dyrektor powinien przed przystąpieniem do budowy zakładu zwiedzić wspólnie z architektem, który będzie zakład budował, najlepsze zakłady dla obłąkanych, istniejące w Austryi, Niemczech i Szwajcaryi. Byłoby bardzo pożądane, ażeby przyszły dyrektor zakładu zachodnio-galicyjskiego — o ile czas i okoliczności na to pozwolą — przebył rok albo pół roku na stanowisku prymaryusza jednego ze szwajcarskich zakładów kantonalnych. Jest to o tyle możliwe, że szwajcarscy psychiatrzy[9]) gotowi są przyjąć na jakiś czas przyszłego dyrektora zakładu galicyjskiego na posadę rządową (z całkowitem utrzymaniem). Po powrocie ze Szwajcaryi przyszły dyrektor zakładu wspólnie z architektem pracowałby przy budowie zakładu, a następnie już sam zorganizowałby cały zakład.

Wreszcie pozwolę sobie przytoczyć niektóre ustępy z listu Dra Kollera, dyrektora zakładu dla umysłowo chorych w kantonie Appenzell, ilustrujące dobitnie i jasno, w jaki sposób w Szwajcaryi postępują przy budowie nowego zakładu dla umysłowo chorych:

»...Już w roku 1893 powstało w kantonie Appenzell (liczącym 560.000 mieszkańców) towarzystwo opieki nad umysłowo chorymi, które między innemi zebrało szczegółową statystykę wszystkich umysłowo chorych, w kantonie Appenzell[10]) i rozpoczęło zbierać składki na przyszły zakład. Jeden z obywateli zapisał na ten cel dość znaczny majątek... W roku 1901 rząd kantonalny utworzył komisyę budowlaną, która razem z Dr. Schillerem, dyrektorem zakładu kantonalnego w St. Gallen, i z architektem naszkicowała odnośne plany. Plany zostały zatwierdzone i już w r. 1904 miała się rozpocząć budowa. Odpowiedni grunt wielkości 18½ hektarów w blizkiem sąsiedztwie stolicy kantonu, miasteczka Herisau, obrano i nabyto już przedtem na podstawie orzeczenia 2 psychiatrów. W ostatniej chwili, przed samem rozpoczęciem budowy, jeszcze raz zajęła się tą sprawą komisya budżetowa. Komisya ta zasięgnęła jeszcze zdania prof. Bleulera z Zurychu, Dra Jörgera, dyrektora kantonalnego zakładu w Graubünden i zurychskiego architekta Fritza. Ta nowa komisya ostro skrytykowała plany Schillera, które zresztą już przedtem zaszczytnie znany w sprawach budowy zakładów psychiatrycznych dyrektor, Dr Frank, również skrytykował. Na podstawie zdania tej komisyi rząd kantonalny w Herisau postanowił naprzód wybrać odpowiedniego dyrektora i poruczyć jemu ostateczną rewizyę tych planów«.

Na podstawie zdania prof. Bleulera z Zurychu i prof. Speyra z Berna rząd kantonalny wybrał w roku 1904 na przyszłego dyrektora — Dra Kollera, który wtedy zajmował stanowisko zastępcy dyrektora w kantonalnym zakładzie w Lozannie. Zwiedziwszy na koszt kantonu Appenzell wspólnie z architektem kilka najlepszych zakładów tego rodzaju, Dr Koller przeniósł się na stałe do Herisau i tu razem z architektem wypracował zupełnie szczegółowe plany, podług których obecnie buduje się zakład na 250 chorych kosztem 1,600.000 franków.

[8]) Taka liczba oddziałów klinicznych została przyjęta na wspólnej naradzie lekarzy, biorących udział w ankiecie.

[9]) Dr. Koller, dyr. zakładu w Herisau, prof. Bleuler w Zurychu, prof. Mahaim w Lozannie, zakłady w Burghölzli i w Rheinau.

[10]) Pokazało się, że w kantonie Appenzell przypada 1 umysłowo chory na 100 mieszkańców.

Higiena a nasze społeczeństwo.

Napisał

Dr. Adam Langie.

Chociaż już za czasów Mojżesza, Hippokratesa i Galena znajdujemy ślady wyraźnych wskazówek ochraniania zdrowia ludzkiego, to właściwa higiena, oparta na ścisłych zasadach i w całość jako nauka ujęta, rozwinęła się dopiero wtedy, gdy wielkie zdobycze chemii, fizyki i fizyologii, a zwłaszcza bakteryologii dostarczyły jej silnych, pewnych podstaw.

A jednak mimo, że umiejętność ta świadczyć zdolna największe dobrodziejstwa ludzkości, bo zadaniem jej chronić najdroższy skarb jednostek i narodów, mimo, że krzewi się bujnie w ciągu ubiegłego wieku wszędzie tam, gdzie ziarna kultury kiełkują, napotyka przecież tyle przeciwności w postaci odwiecznych przesądów, braku wykształcenia, wreszcie ubóstwa i nędzy, że w obliczu najświetniejszych jej tryumfów traci zdrowie i życie setki tysięcy ludzi, — chociażby już teraz mogło być inaczej. Bezmyślni przeciwnicy higieny krzyczą, że pozbawia ona życie rozkoszy i przyjemności, wielcy kapitaliści bronią się przed jej zarządzeniami z powodu bezgranicznej chciwości grosza i sobkostwa, a ogromny szary tłum nie ma o niej najmniejszego pojęcia.

Więc też ani istnienie urzędowej higieny publicznej, ani zjazdy krajowe i międzynarodowe, ani całe olbrzymie piśmiennictwo naukowe, ani pełne zaparcia poświęcenie lekarzy nie na wiele się przydadzą, dopóki higiena pozostanie dostępną tylko dla »wyższych dziesięciu tysięcy«, a nie przeniknie do głębi całego społeczeństwa, — dopóki nie usunie się w inny sposób najgroźniejszych jej wrogów: ciemnoty i ubóstwa warstw najniższych. Wie o tem dobrze każdy lekarz, jeżeli tylko czas dłuższy pełni obowiązki swego zawodu, stykając się codziennie z tem wielkiem nieszczęściem ludzkiem, któremu na imię: choroba.

Dziś coraz więcej nabieramy przekonania, że w wielu razach pomoc lekarska z chwilą wybuchu choroby ograniczyć się musi do śledzenia jej przebiegu, do łagodzenia poszczególnych objawów, podtrzymywania czynności serca, zmniejszania gorączki, lecz ani na tok sprawy chorobowej, ani na usunięcie przeróżnych powikłań i następstw wpłynąć nie może. Kto z lekarzy ośmieli się twierdzić, że wyleczył płonicę, zapalenie płuc, gruźlicę, udar mózgowy, dur i t. p.? Ale za to możemy ochronić się przed ospą, przeszkodzić rozwleczeniu cholery lub moru, niedopuścić do zakażenia rany, zapobiedz nawet gruźlicy, jeżeli wkroczymy wtedy, gdy grozi wtargnięcie jadu do ustroju jeszcze zdrowego i oto największy tryumf higieny dzisiejszej. Jest prawie pewnikiem, że w wielu bardzo przypadkach wczesne rozpoczęcie leczenia ochronnego tam, gdzie wszystkie okoliczności składają się na wybuch choroby, rzeczywiście pomódz może.

Lecz, niestety czy wielu ludziom jest to dostępne, choćby tylko ze względów materyalnych? Czyż i tak zwana »inteligencya« zna przyczyny i okoliczności, usposabiające do nabycia tylu chorób i kalectw? Czy nawet ci, co znają niebezpieczeństwo, zadają sobie trud, aby swe zdrowie ochraniać? A wśród warstw najuboższych przerażająco srożą się najcięższe choroby, znajdując jakby umyślnie dla siebie przygotowaną najpodatniejszą glebę. Cóż pomoże lekarz, zalecający cały szereg środków ochronnych, jeżeli spotka się z ciemnotą, przesądem, niedowierzaniem lub jeżeli środki te przekraczają możność biedaka, zmuszają go do porzucenia pracy, która wprawdzie nie żyć, lecz przynajmniej wegetować nędznie mu pozwala?

A nasze szkoły?... Tu cała uwaga kół kierujących skupia się na systemie pedagogicznym i dydaktycznym, niestety nie zawsze szczęśliwym, a o względach higienicznych pomyśli tylko tu i ówdzie jakiś lekarz rozumny, lecz głos jego odzywa się jak głos na puszczy w gronie radców szkolnych, którzy poza programem nauk i układaniem podręczników coraz zawilszych o niczem innem myśleć nie chcą, czy nie mogą.

Choroby zakaźne, grasujące w naszym kraju, wysuwają go na pierwsze miejsce w statystyce śmiertelności całego państwa. Wprawdzie wydaje się zarządzenia z urzędu, ale zarządzeń tych nie można wykonać tak, jakby należało, bo znów w poprzek teoryi staje praktyczna strona życia. Na papierze wszystko

wygląda pięknie, poprawnie, zgodnie z ostatnimi wynikami nauki, ale w praktyce... To też strasznem jest to błędne koło, z jakiego wyrwać nie sposób ludności ubogiej, dopóki nie zmienią się na lepsze warunki jej bytu i pracy. A jednak jeszcze społeczeństwo nasze nie chce zrozumieć, że nawet największe ofiary, włożone w to, wrócą się z procentem, gdy w miejsce przedwcześnie ginących, lub kalek-żebraków, zapełniających przedsionki kościołów, przybędzie tyle zdrowych, tęgich sił do pracy.

Od kolebki aż do śmierci narażonym jest człowiek na tysiące wpływów szkodliwych, wynikających ze sposobu jego życia i pracy, którym przez nieświadomość lub niedostatek ułatwia tylko dzieło zniszczenia. Więc dziecko, którego ustrój rozwija się dopiero, skazane na szereg lat nauki w szkole niehigienicznej, jakby obliczonej na to, aby stwarzać fizycznych karłów, — młodzieniec, sam sobie kopiący grób hulaszczem, nieopatrznem życiem lub borykający się z niedostatkiem, mieszkający nędznie i odżywiający się jak najgorzej, — urzędnik, odrabiający akta w opłakanych warunkach zdrowotnych, nie odrywający się lata całe od swej pracy, o ile nie jest urzędnikiem wyższej rangi, — robotnik, rzemieślnik lub szwaczka, pracujący dwanaście godzin dziennie w zabójczem powietrzu fabryki czy warsztatu... słowem nie ma prawie zawodu, któryby nie zmuszał człowieka do pracy w najniekorzystniejszych dla zdrowia okolicznościach. A poza obowiązkową pracą istnieje cały szereg przyzwyczajeń i przyjemności, które przy braku uwagi lub z powodu nadmiernego używania ich, niszczą zdrowie powoli, albo też wprost wywołują chorobę.

Wielu znów ludzi ma pewne wady fizyczne wrodzone lub odziedziczone, których nie poprawiają przez nieświadomość albo lekkomyślność, owszem często zachowują się tak, że raczej pomagają, aby stopień ich, zrazu może nieznaczny, coraz bardziej się powiększał, aby wywołał przykre następstwa, niebezpieczne powikłania i ciężkie kalectwa. Przyczyny tego wszystkiego znów te same, o których wyżej była mowa.

Potężnym a groźnym sprzymierzeńcem szkodliwych dla zdrowia czynników, sprzymierzeńcem, wyrządzającym więcej szkody, niż nawet domyśla się ogół, jest partactwo lecznicze, uprawiane u nas na wielką skalę zarówno po miastach, jak i po wsiach. Nie będzie przesadą, jeżeli powiemy, że nie ma rodziny, od najuboższej do najbogatszej, od najciemniejszej do najinteligentniejszej, w którejby ktoś nie zasięgał porady u partacza, wszystko jedno, czy będzie nim partacz zawodowy, żyjący ze swego rzemiosła, czy aptekarz, zakonnica, fabrykant uniwersalnego środka, ksiądz proboszcz, nauczyciel wiejski, wreszcie przyjaciółka lub sąsiadka, doradzająca »niezawodnie skuteczne lekarstwo«. A wieleż to osób prowadzi całymi miesiącami taką kuracyę, wpędzając się w ciężką chorobę przez zaniedbanie racyonalnych środków lekarskich. Energiczna walka z partactwem zawodowem i z partactwem, uprawianem z zamiłowania, czy z fałszywie pojętego altruizmu, należy więc też do ważnych zadań higieny. Bo nauka ta wtedy dopiero roztoczy szeroko swe dobroczynne skrzydła, gdy w cieniu ich szukać będzie schronienia każdy bez wyjątku człowiek i to z silną wiarą w błogie jej skutki.

Dziś rzeczy tak stoją, że każdy lekarz, jeżeli chce być obywatelem pożytecznym dla swego narodu, winien nie ograniczać się tylko do zbadania, rozpoznania i leczenia choroby, lecz w dostępnym sobie zakresie szerzyć słowem i piórem zasady higieny, wskazywać karygodne ich przekroczenia, dopominać się uparcie u władz o to, czego nauka ta żąda, walczyć z przesądem i ciemnotą, a z drugiej strony przykładać rękę do każdej akcyi, mającej na celu podniesienie materyalne i moralne warstw najniższych i... nie wątpić, bo: »Wątpienie to zdrajca,
który zwycięstwo często z rąk wydziera,
kiedy nas trwogą odwodzi od próby«.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Jeszcze raz o wynagradzaniu lekarzy przez towarzystwa ubezpieczeń. Już raz mieliśmy sposobność podnieść, że niektóre Towarzystwa ubezpieczeń płacą za badania lekarzom wprost śmiesznie małe wynagrodzenia. Niektóre towarzystwa bowiem płacą nawet ledwo 6 koron; — wprawdzie te same instytucye płacą i 10 koron, ale tylko wtedy, jeżeli suma, na którą się badany ubezpiecza, jest wysoka. Zdawałoby się, że towarzystwo płaci więcej, jeżeli żąda od lekarza więcej, tymczasem tak nie jest. Są towarzystwa, które zawsze żądają rozbioru moczu przy każdem badaniu bez względu na sumę ubezpieczenia, są towarzystwa, które przy nizkich ubezpieczeniach badania moczu nie wymagają, ale 10 koron płacą dopiero od ubezpieczeń wyższych. Trudno zgadnąć, gdzie tu logiczny sens. A chyba tak samo badać należy osobę, która się ubezpiecza na małą, jak i tę, która się ubezpiecza na wysoką sumę. A nawet w tych przypadkach, w których badanie moczu nie jest wymagane, może naczelny lekarz tow. ubezpieczeń dodatkowo zażądać badania moczu, które lekarz wykonać musi wtedy za darmo. Zresztą jestem przekonany, że nawet bez wyraźnego w tym względzie przepisu lekarz sam zbada mocz w przypadku, w którym przypuszcza chorobę nerek, czy cukrzycę. Otóż dlatego, ponieważ i praca i odpowiedzialność lekarza bez względu na sumę ubezpieczenia jest w każdym przypadku ta sama, powinny już raz nasze Izby lekarskie zająć się tą sprawą, z którą lekarze praktycy codziennie się spotykają, i powinny ustalić wynagrodzenie w jednej, stałej wysokości i powiadomić o tem z jednej strony towarzystwa i z drugiej lekarzy, zabraniając im równocześnie badania poniżej taryfy. Przed ułożeniem taryfy należałoby się dokładnie dowiedzieć, ile płacą rocznie towarzystwa ubezpieczeń, w kraju naszym pracujące.

Inne Izby lekarskie austryackie już dawno wydały obowiązujący wszystkich lekarzy przepis, że niżej 10 koron nie wolno wydawać świadectw towarzystwom ubezpieczeń. I towarzystwa się natychmiast zgodziły, a niektóre, które płaciły ponad 10 koron, (głównie towarzystwa amerykańskie), nadal płacą w Austryi niższej i wyższej 12 i 20 koron. Towarzystwa ubezpieczeń poprostu przyjęły do wiadomości uchwały Izb austryackich i do nich się zastosowały.

Również Izba morawska zażądała głównie od krajowego morawskiego towarzystwa ubezpieczeń, by lekarzom płaciło co najmniej 10 koron za badanie. Już wszystkie inne towarzystwa ubezpieczeń do żądania Izby morawskiej się zastosowały, a morawskie towarzystwo nie chciało ustąpić mimo, że sama Izba jest akwizytorem tego towarzystwa. Wzywa ona bowiem raz do roku wszystkich sobie podległych lekarzy, by się w towarzystwie morawskiem ubezpieczali wyłącznie przez Izbę, gdyż Izba, tak samo, jak każdy ajent, dostaje za to prowizyę, z której utworzyła fundusz na zapomogi dla lekarzy ubezpieczonych, a nie mających na opłacenie premii. Ale wreszcie i morawskie towarzystwo zgodziło się od 1 stycznia 1906 płacić 10 koron bez względu na sumę ubezpieczenia.

Za Izbami austryackimi i morawską powinny pójść i nasze i jestem przekonany, że pójdą, a członkom swoim bez wielkich zachodów przysporzą dochodów. Już dziś na Śląsku płacą towarzystwa ubezpieczeń po 10 koron, — tylko w Galicyi idzie wszystko dawnym trybem. Nikt o tej sprawie dotąd nie pomyślał. Proszę zważyć, że lekarz w Białej dostaje za tę samą pracę 6 koron, za którą kolega jego w Bielsku dostaje 10 koron. To jest fakt.

Tych kilka słów pisałem pod adresem naszych Izb.

Stahr.

Subwencya dla wakacyjnych kursów lekarskich. Sejm morawski uchwalił na ostatniej sesyi sumę 3,000 koron na rok 1906, aby z niej rozdzielić stypendya aż do 400 koron między lekarzy gminnych i obwodowych w celu ułatwienia im udziału w wakacyjnych kursach. Niewątpliwie lekarze morawscy chętnie skorzystają z tego ułatwienia, by odświeżyć i rozszerzyć wiadomości swoje na materyale wielkich szpitali i klinik. I u nas nie brakłoby chętnych, i u nas dobrzeby na tem wyszła ludność — tylko..... sejm morawski, to nie sejm galicyjski.

E. S.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 21 b. m. w klinice lekarskiej posiedzenie, na którem: 1) Na wniosek Komisyi przemysłowo-lekarskiej uchwalono polecić do użytku chleb dla chorych na cukrzycę wyrobu p. Gurgula i szereg środków przeciwgnilnych wyrobu fabryki »Beskid« w Białej; 2) Prof. Jaworski mówił: »O krwotokach utajonych do przewodu pokarmowego«; podał wyniki prób podawania leków z ominięciem żołądka w pigułkach z *sebum ovile*, a następnie przedstawił przypadki: a) plamicy zwykłej, występującej jako miesiączkowanie zastępcze, b) pourazowej histeryi, c) pęcherzycy złośliwej, d) gruźlicy języka; 3) Dr. Korolewicz przedstawił odczyny, służące do wykrycia krwi utajonej w stolcach; 4) Dr.

Latkowski przedstawił odczyny na kwas acetooctowy i aceton, oraz przypadki a) akromegalii połączonej z cukrzycą (nowotwór przysadki), b) choroby Raynauda z twardziną skóry, c) tętniaka tętnicy głównej; 5) Dr. Łapiński przedstawił rzadki przypadek obecności gipsu krystalicznego w moczu. W dyskusyach przemawiali: Prof. Ciechanowski, Dr. Borzęcki, Prof. Korczyński, Prof. Jaworski, oraz Dr. Latkowski.

— Wydział Izby lek. zachodnio-galicyjskiej na posiedzeniu dnia 10 marca załatwił szereg drobniejszych spraw administracyjnych. — Uchwalono założyć ewidencyjną księgę uwolnionych od wkładek. — Ponieważ zdarza się, że lekarze, należący do Izby, pisują do Izby listy po niemiecku *(sic!)*, uchwalono listy takie zwracać z dopiskiem, że urzędowym językiem Izby zachodnio-galicyjskiej jest język polski. — Uchwalono ratyfikować projekt regulacyi płac lekarzy kolejowych, opracowany przez komisyę, wybraną w tym celu na IX wiecu Izb, ale zażądać umieszczenia w projekcie tym punktu, żądającego ograniczenia liczby członków Kas chorych, przypadającej na jednego lekarza według zasad, zawartych w elaboracie Izby zachodnio-galicyjskiej. — Przekazano Wydziałowi wykonawczemu Izb sprawę petycyi, wniesionej swego czasu do parlamentu o reorganizacyę służby lekarzy więziennych. — Uwolniono kilku członków od wkładek. — W końcu powzięto uchwały w trzech sprawach honorowych. *L.*

— Na uniwersytecie Jagiellońskim było w półroczu zimowem 1905/6 wśród 2,517 zapisanych 312 słuchaczy medycyny (z tego 41 kobiet, wśród nich 13 hospitantek).

— Bibliotekarz Towarzystwa lek. krak. zawiadamia, że nowo zawiązana Komisya biblioteczna ułożyła regulamin biblioteki, przyjęty przez Komitet Towarzystwa, który określa warunki, pod jakimi korzystać mogą z jej zbiorów członkowie Tow. lek. krak. i nieczłonkowie.

Członkowie Komisyi bibliotecznej pełnią dyżury w bibliotece codziennie z wyjątkiem sobót, niedziel i świąt w godzinach 5½—7 wieczorem. Z wyjątkiem tych godzin biblioteka jest zamknięta.

Komisya uprasza Kolegów, którzy wypożyczyli z biblioteki książki, lub poszczególne zeszyty czasopism, by zechcieli je zwrócić jak najprędzej. — W przeciwnym razie będą podlegać przepisom regulaminu, t. zn. będą dwukrotnie upomnieni, a gdyby to nie odniosło skutku, nazwiska ich będą ogłoszone w »Przeglądzie lek.«, a gdy i to nie odniesie skutku, oddaną zostanie sprawa na drogę sądową. Za każde upomnienie będą musieli złożyć 30 hal., a za każdy dzień zwłoki po drugiem upomnieniu będą płacić karę 10 hal.

— Ze sprawozdania szpitala Bonifratrów w Krakowie za rok 1905 wynika, że nowy budynek szpitalny będzie oddany do użytku prawdopodobnie w połowie r. b., chwilowo jednak z powodu przeróbek starego szpitala zmniejszono ogólną liczbę łóżek z 60 na 40. Znaczniejsze zwiększenie liczby łóżek w nowym budynku może konwent podjąć dzięki kilkunastu ofiarodawcom, którzy złożyli fundusz wieczysty na utrzymanie »łóżek pamiątkowych« (dotąd razem 30).

Lwów. V posiedzenie Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się w piątek 16 marca: 1) Kol. Bocheński przedstawił dwie chore ze znacznem zwężeniem pochwy, powstałem po porodzie. Jedna zgłosiła się w 2, druga w 5 miesięcy po porodzie. U pierwszej stwierdzono bardzo znaczne zbliznowacenie pochwy, gdyż nie można było wprowadzić do niej nawet małego palca. Leczenie polegało na przecinaniu blizn nożem, bądź rozdzieraniu ich na tępo, a następnie na wprowadzaniu krążków (dziś nosi już Nr. 9) i kul Bozemana. Rozszerzenie pochwy jest dziś zupełne, pytanie tylko, czy nie powróci, gdy chora opuści klinikę. Przeszczepiania spos. Thierscha nie robiono z powodu trudności technicznych. U drugiej chorej, u której zwężenie było jeszcze większe, bo pochwa przedstawiała się tylko w postaci dwóch włosowatych przewodów, łączących się ze sobą u góry, poprzecinano nożem wszystkie blizny, a rozszerzenie pochwy znajduje się obecnie również na dobrej drodze. W dyskusyi zabiera głos doc. Bylicki, przypominając, że dr. Święcicki na jednym ze Zjazdów w Krakowie radził w podobnym przypadku po rozszerzeniu pochwy przeszczepiać na nią kiszkę kocią i umocowywać ją staniolem. Wynik miał być dobry. Nieco inaczej postępował Rościszewski, gdyż wszczepiał do pochwy rozciętą wargę małą. Doc. Bylicki przypuszcza, że w przypadkach Bocheńskiego pomimo bardzo dobrego wyniku rozszerzania nastąpi nawrót, jeśli się nie wykona jakiegoś przeszczepienia. 2) Dr. Gröbel przedstawia chorą, u której po porodzie kleszczowym, odbytym w klinice, rozwinęła się *parametritis anterior abscedens*. Po nacięciu od strony powłok brzusznych i zastosowaniu przyrządu ssącego Biera sprawa szybko ustąpiła. W dyskusyi zabiera głos dr. Obtułowicz, który sądzi, że podobne przypadki kończą się równie dobrze nacięciem i prostem drenowaniem bez użycia przyrządu Biera. 3) Dr. Czyżewicz (jun.) wygłasza odczyt »O przeobrażeniach narządu płciowego kobiety w czasie ciąży i porodu«. Oprócz zestawienia dotychczasowych wiadomości podał prelegent własne poglądy, wysnute z badań, wykonanych w szpitalu lwowskim w ostatniem trzechleciu. W dyskusyi wzięli udział: prof. Mars, doc. Bylicki, doc. Sołowij, dr. Wątorek, prof. Czyżewicz i prelegent.

— Wydział Izby wschodnio-galicyjskiej zajmował się na posiedzeniu z dnia 17 b. m. następującemi sprawami: Przyjęto do wiadomości rachunek z kosztów wiecu Izb w Innsbrucku, przedłożony przez Izbę niemiecko-tyrolską, jako wówczas zarządzającą; koszta ogólne wyniosły 3093 koron, z czego na Izbę wsch.-gal. wypada 222 koron. — Przesłano Izbie morawskiej życzenia z powodu ukonstytuowania się; Izba ta po raz pierwszy rozdzieliła się na dwie sekcye, niemiecką i czeską. — Przyjęto z uznaniem do wiadomości, iż krajowa Rada zdrowia w myśl referatu Prezydenta Izby, jako jej członka, uchwaliła jednomyślnie (po usunięciu się przedstawiciela Rządu), wypowiedzieć przekonanie, że protest Izb w sprawie mianowania następcą śp. Kusyego nie lekarza, lecz prawnika, jest rzeczowo uzasadniony. — Uchwalono poczynić odpowiednie kroki przeciw kilku partaczom lekarskim, o których nadeszły doniesienia, jako to przeciw Warszawskiemu w Podwołoczyskach, Freilichowi w Śniatynie i Jachałowej w Kołomyi. — Załatwiono kilka spraw drobniejszych i omówiono kilka spraw honorowych.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich otrzymali na uniwersytecie lwowskim pp. Władysław Czernecki, Bolesław Ignacy Długoszowski, Franciszka Fuchsówna, Bronisław Karol Łukasiewicz, Pinkas Wolf Kirschbaum.

— W czasie od 11 do 17 marca 1906 doniesiono w Galicyi o nowych chorych na ospę: w 6 gminach 14 chorych, a mianowicie: w powiecie Brody (Dytkowce 2. Stare Brody 1), Chrzanów (Chrzanów 5. Balin 2. Jaworzno 3. Kąty 1). Na dur plamisty w 29 gminach 94 chorych: w pow. Biała (Brzezinka 1.), Brzeżany (Glinna 8), Brzozów (Dynów 1. Przedmieście dyn. 2.), Buczacz (Dobropole 7.), Cieszanów (Opoka i Szczutków 4.), Horodenka (Żuków 2.), Jarosław (Lezachów 4. Dąbrowica 1.), Jaworów (Olszanica 7. Wulka zmij. 2. Wielkie Oczy 1.; zachorował i zmarł Dr Seweryn Schmidt lekarz okręgowy; zaraził się pełniąc obowiązki służbowe), Lwów pow. (Pikułowice 3.), Nadwórna (Łanczyn 1. Cucyłów 1.), Rawa (Rzeczyca 3. Prynada 1. Szczerzec 5.), Sambor (Bulczyce rustyk. 1. Dorożów 12.), Stary Sambor (Grodowice 1.), Stryj (Żulin 1. Pławie 6. Kalne 6.), Tarnopol (Konstantynówka 3.), Tłumacz (Bortniki 6. Przybyłów 2.), Żółkiew (Przystań 1.). Na nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych przybyło 37 chorych w 26 gminach.

— Sekcya wadowicka Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyła 18 marca b. r. doroczne posiedzenie w Wadowicach, na którem oprócz obrad nad szeregiem ważnych spraw zawodowych odbyły się demonstracye ciekawych przypadków chorobowych.

Warszawa. Lekarze szpitala Dzieciątka Jezus podjęli starania, by miejska Rada Dobroczynności publicznej zwiększyła kwotę, wyznaczoną w szpitalach warszawskich na utrzymanie jednego chorego przez dobę, z 20 przynajmniej na 25 kopiejek. Już w zwykłych warunkach kwota 20 kop. była niewystarczającą, tak że lekarze musieli, jak podaje »Gazeta lek.« (Nr. 10 r. b.), albo patrzeć przez palce na to, że chorym przynoszą odwiedzający żywność, nieraz nieodpowiednią, z miasta, albo też żywić chorych z oszczędności, uzyskanych na chorych, będących na dyecie ścisłej. Przy obecnej zaś drożyźnie narażeni są chorzy przy 20 kop. dotacyi — poprostu na głód.

— Wydział położniczy warsz. Towarzystwa lekarskiego polecił wydaną bezimiennie w Warszawie, doskonałą popularną broszurkę: »Jak kobieta ma postępować w stanie zwykłym i odmiennym, aby od cierpień się uchronić«. Broszurka kosztuje tylko 6 groszy.

— Na Dalekim Wschodzie pozostaje do dziś dnia jeszcze ogółem około pięciuset lekarzy rezerwy, którzy wypuszczani są tak powoli, że część uwolnioną będzie dopiero w maju r. b.

— Według wiadomości dziennikarskich rozesłała podobno petersburska Akademia wojskowo-lekarska pomiędzy słuchaczy zapytanie, czy teraz mogłyby być wznowione wykłady, na co większość podobno odpowiedziała przecząco.

— W Jałcie na południowym brzegu Krymu ma powstać ze składek uzdrowisko dla chorych, a niezamożnych lekarzy.

— Wszechrosyjski związek lekarzy zaprotestował przeciwko temu, że sąd wojenny w Oczakowie nie zgodził się na zbadanie stanu umysłowego słynnego porucznika Schmidta.

— Uniwersytet moskiewski ogłosił swe sprawozdanie za r. 1905, tem szczególne, że w roku tym uniwersytet prawie wcale nie wypełniał swych zadań dydaktycznych, a olbrzymi personal nauczycielski, złożony z 326 osób (102 profesorów i płatnych docentów, 224 docentów prywatnych) świętował niemal przez cały rok. Studentów »zapisanych« było 6832, o 1343 więcej, niż w roku poprzednim, z tego 1711 na medycynie. Ukończyło jednak studya tylko 31 osób (o 773 mniej niż w roku poprzednim).

Wilno. Wkrótce zostanie otwarty w Wilnie szpital dziecinny, wybudowany kosztem 65 tysięcy rb. przez zarząd miasta w »Zwierzyńcu«, zdrowej, lasem sosnowym porosłej miejscowości, na drugim brzegu Wilii. Szpital został wybudowany według wszelkich wymagań nauki. Posiada on osobne pawilony dla chorych zakaźnych, kamerę dezynfekcyjną i t. d.

— Podczas zaburzeń październikowych została zastrzelona przez wojska na ulicy w liczbie innych studentka medycyny uniwersytetu genewskiego, wilnianka Pomeranz.

— Po stłumieniu rewolucyi, w Wilnie, jak i w innych miastach, rozpoczęły się liczne aresztowania. Pomiędzy innymi uwięziono w Wilnie dr. Szabada, dr. Witejszisa, oraz z Wilejki ordynatora szpitala dla obłąkanych dr. Aptekmana, kilku felczerów i dozorczyń. Dr. Witejszys po 2-miesięcznem więzieniu został wypuszczony na wolność dla braku dowodów winy. Więzienie jest przepełnione, warunki sanitarne pozostawiają wiele do życzenia, obejście z więźniami surowe i niemal brutalne.

— Samowolę policyi odczuwa w sposób dotkliwy wileńskie pogotowie ratunkowe, które urzędnicy policyjni zmuszają do przewożenia chorych ze szpitali do więzienia, a gdy lekarze pogotowia nie zgodzili się oddawać policyi podobnych usług, policya samowolnie, nikogo o pozwolenie nie pytając, zabiera karety pogotowia i trzyma je po kilka godzin.

— Kilku lekarzy wileńskich próbowało założyć w Wilnie związek lekarzy, felczerów, dentystów, położnych i t. d. jako filię podobnego związku wszechrosyjskiego. Większość atoli lekarzy Polaków odmówiła udziału. Po kilku zebraniach, na których nie osiągnięto porozumienia, projektu zaniechano.

— Wileńskie Towarzystwo lekarskie nie mogło obchodzić swego stuletniego jubileuszu 24 grudnia 1905 z powodu zaburzeń w całem państwie rosyjskiem. Prawdopodobnie, jeśli tylko nie wybuchną ponowne niepokoje (co jest bardzo możliwe), obchód jubileuszowy odbędzie się w grudniu roku bieżącego.

— Lekarze, powołani z Wilna na teren wojny, jeden po drugim wracają i opowiadają o smutnych i wstrętnych rzeczach, jakie się w armii działy. Pomoc lekarska była zorganizowana bardzo źle, nadużyć ze strony wielu naczelnych lekarzy było wiele, chorzy po prostu marli z głodu. Nie wrócił tylko dr. Rutski, zmarły z duru w Mandżuryi, oraz dr. Wojewódzki, którego dotąd trzymają bez potrzeby w lichej mieścinie gub. Tomskiej.

— W grudniu została otwarta w Wilnie przez p. Hermanowicza szkoła fizycznego rozwoju, która dała początek Towarzystwu Sokołów. Towarzystwo to rozwija się pomyślnie i liczy już około 300 członków płci obojga. *Dr. W. Z.*

Chicago. Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago obrało na r. 1906 prezesem dr. Feliksa Kalacińskiego, wiceprezesem dr. K. Żurawskiego, skarbnikiem dr. J. Stupnickiego, sekretarzem dr. J. J. Gołembiowskiego.

Niemcy. W bawarskiem ministeryum spraw wewn. ma być utworzona posada generalnego inspektora mieszkań, który nada jednolity kierunek higienicznemu nadzorowi nad mieszkaniami (wykonywanemu obecnie w Bawaryi przez 39 inspektorów mieszkań).

— W parlamencie niemieckim domagał się poseł Rosenow utworzenia jaknajliczniejszych zwyczajnych katedr medycyny społecznej, na co przedstawiciel rządu odpowiedział, że już w Berlinie i w Bonn urządzono wykłady tego przedmiotu, a jeżeli to okaże się pożyteczne, to dział ten będzie dalej rozwijany, zwłaszcza w akademiach medycyny praktycznej. Tenże poseł żądał upaństwowienia uzupełniających kursów lekarskich, jednakże rząd oświadczył się odmownie.

— Na zakład badania raka w Heidelbergu złożono dotąd 680,000 marek.

— Rząd pruski obostrzył przepisy sprzedaży lyzolu z powodu mnożących się samobójstw tym środkiem.

— Uniwersytet w Jenie obchodzić będzie w sierpniu r. b. 350. rocznicę swego założenia.

— Chemicy niemieccy rozpoczęli starania o utworzenie w Berlinie wielkiego państwowego zakładu chemicznego.

— Pierwsza Izba sejmu saskiego odrzuciła prośbę Izb lekarskich saskich o powołanie lekarza do tego ciała.

— Proponowany przez stowarzyszenia lekarskie berlińskie wolny wybór lekarzy w opiece nad ubogimi odrzuciły władze miejskie berlińskie, pomimo, że okazał się on już w kilku miastach (Strassburg) możliwy i korzystny.

— W Berlinie powstało osobne Towarzystwo lekarskie wyłącznie celem przedstawiania ciekawych przypadków, preparatów, sposobów operacyi, przyrządów i t. d. z wyłączeniem właściwych wykładów.

— Pamięć Nothnagla ma być uczczoną pomnikiem w uniwersytecie wiedeńskim i utworzeniem fundacyi na honorowe nagrody za doroczne uroczyste wykłady im. Nothnagla, do których wygłoszenia będą zapraszani corocznie najwybitniejsi uczeni austryaccy i zagraniczni.

— Książę bawarski, Karol Teodor, zajmujący się, jak wiadomo, okulistyką, dokonał w połowie lutego w swojej klinice pięciotysięcznej operacyi zaćmy.

Francya. Katedra anatomii patologicznej w Nancy została zwiniętą na propozycyę grona profesorskiego(!), a to, aby w jej miejsce można dać katedrę zwyczajną jednemu z docentów (*agregé*), wykładającemu pedyatryę. To postąpienie Wydziału lekarskiego w Nancy, który samochcąc pozbawia się jednej z najważniejszych katedr, piętnuje z oburzeniem francuska prasa lekarska.

— Według »Journal of the American. med. Assoc.« (4 listop. 1905) ogłasza się pewien lekarz amerykański w dziennikach w ten sposób: »Dr. J. M. S., lekarz i chirurg. Gabinet ordynacyjny zajmuje 4 narożniki. Otwarty dniem i nocą. Lekarstwa, owoce i cukierki. Napoje bezwyskokowe. Potrawy w konserwach. Śniadania i t. d.« Widocznie ludność miejscowa jest za mała, aby dostarczyć utrzymania osobnemu lekarzowi, a osobnemu aptekarzowi, cukiernikowi, kupcowi i restauratorowi. *Si non e vero*...

Mianowani: Dr. Simula nadzwycz. profesorem położnictwa w Sassari. Dr. Władysław Kruszyński sekundaryuszem oddziału chirurgicznego szpitala św. Zofii we Lwowie.

Zmarli: W Warszawie dr. Ludwik Grün w 76 r. ż. i dr. Jan Szlipps, lekarz wojskowy, rodem z Wilna, w 53 r. ż.

W Kopenhadze prof. patologii zewnętrznej Oskar Wanscher; w Neapolu docent farmakologii Luigi d'Amore.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 10. Pruszyński i Siemieński: Badania nad składem żółci ludzkiej. Węgłowski (dok. z Nr. 9).

— *Tygodnik lekarski* Nr. 11. Bikeles i Załuska: O pochodzeniu czuciowych włókien nerwowych ścięgna mięśnia czworogłowego i ścięgna Achillesa. Starzewski (c. d. z Nr. 10).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 3. Wrzosek Znaczenie dróg oddechowych jako wrót zakażenia w warunkach prawidłowych. Zawadzki: Stowaina przy znieczulaniu lędźwiowem. Tomaszewski Przyczynek do leczenia nieżytu oskrzelkowego u małych dzieci.

— *Kronika lekarska* Nr 5. Ciąg dalszy prac Sędziaka. Giedgowda i Gedroycia.

— *Krytyka lekarska* Nr. 2 i 3. Hoyer sen.: Teorya i praktyka. Biegański: Pojęcie przyczyny i związku przyczynowego w biologii. *M.*: W sprawie wszechnicy warszawskiej. M Bornstein: Z powodu pracy dr. Męczkowskiego o szpitalnictwie. Kramsztyk: Objawy kliniczne.

— *Przegląd okulistyczny* Nr. 2. Wicherkiewicz: Dr. Ludwik Wecker (nekrolog). Reis W.: Nieżyt spojówki Parinauda i jego znaczenie dla histiogenezy komórek plazmatycznych.

— *Głos lekarzy* Nr 6. Mikołajski: Biuro pośrednictwa dla lekarzy. — Ciągi dalsze artykułów Mikołajskiego z Nr. 5. Fels Ukąszenia przez psy we Lwowie.

— *Zdrowie* Z. 1 Wernic: Głód i epidemie. Biehler Matylda: Higiena nauczycieli i nauczycielek. Łazowski i Siwicki: Życie płciowe warszawskiej młodzieży akademickiej. — Z. 2. Wernic: Na

progu nowej ery w rozwoju higieny. Tchórznicki: Chronicy. Łazowski i Siwicki (c. d.). — Z. 3. Wernic: Ewolucye warunków rozwoju higieny ludowej. Łazowski i Siwicki, Tchórznicki (dok.).

— *Časopis lekařův českých* Nr. 11 Kuffner: Psychiatrie a reforma poenální legislatury. Berka: Připad cholesteatomu caudae equinae. Výmola i Kutvirt, Kimla (c. d. z Nr. 10).

— *Liječnički Vijesłnik* Nr. 3. Biankini: 19 slučajeva „Railway Spine“. Cačkovic: Slučaj trodokornoga refluksa iza gastrenterostomije kod otworenog pylora.

— *Russkij Wracz* Nr. 7. Zielonkowski: W sprawie zastosowania promieni Becquerela do leczenia chorób ocznych. Leczenie jaglicy. Orłowski W.: (c. d. z Nr. 6). Słowcow: O osobliwem białku, zdarzającem się niekiedy w prawidłowym moczu. Iwanow. O działaniu soli niklu, kobaltu i miedzi na wyosobnione serce. Milman: O drobnoustroju kiły.

— *Presse médicale* Nr. 20. Hallion: Osmoza i kryoskopia. Bonnier: Ustne nauczanie. Camuz i Pagniez: O barwnym odczynie kwasów tłuszczowych. — Nr. 21. Jeannin: Semiologia odchodów połogowych. Cousin i Costa: Odczyn moczu na błękit metylenowy w durze. Cavaillon: Trwałe osączkowanie żołądka w leczeniu ostrych zapaleń otrzewnej. Delaunay: Tigenol w ginekologii.

— *Semaine médicale* Nr. 11. Tuffier: Przewlekła żółtaczka i kolki wątrobne jako objaw bąblowca wątroby (zraza Spiegela). Landolfi: Wczesne rozpoznawanie gruźlicy płuc przez poszukiwanie przytłumień w szczytach.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 11. Tauber: W sprawie leczenia włóknikowego zapalenia płuc surowicą. Kraus i Prantschoff: O przecinkowcach cholery i innych mętwikach. Hirschl: Uwagi o leczeniu choroby Basedowa. Bloch: O przypadku trądu plamisto-guzowatego ze znieczuleniem. Krokiewicz i Engländer: Surowica Marmorka w gruźlicy.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 11. Graeffner: Kilka uwag o odruchach, szczególnie u połowiczo porażonych. Ehrlich: Leczenie ropienia ostrego i przewlekłego kamforą fenolową. Schwalbe: O rozwojowych zboczeniach kończyn. Krokiewicz: Bardzo czuły odczyn barwików żółciowych. Glas: Wąglik krtani. Lichtenstein: W sprawie rozpoznawania ciąży zewnątrzmacicznej zapomocą promieni Roentgena. Zezschwitz: Przypadek wyleczonego przedziurawienia żołądka. Alexander: Krowiankowe zmiany oka. Sommer: W sprawie leczenia ropnia migdałka. Rühl; O przebiegu ciąży i porodu po dawniejszem cięciu cesarskiem pochwowem. Wild: Przyczynek do wyrafinowania w masturbacyi. Czaplewski: Ułatwienia odczynu Gruber-Widala. Mangold (dok. z Nr. 10).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 12. Schickele: Kilka uwag krytycznych o operacyi Alexandra-Adamsa, zwłaszcza o jej stosunku do przepuklin pachwinowych. Bernhardt. O jednostronnych palcach pałeczkowatych i ich etyologii. Uhlich: Pomiary ciepłoty w świetlnych kąpielach elektrycznych. Meier H.: O ulepszeniu sposobu Metta oznaczania siły trawiącej płynów. Schütze: Czwartorzędne zasady alkaloidowe w lecznictwie. Kirchner, Heryng (dok. z Nr. 11). Bosse: Zapobieganie ropnemu zapaleniu otrzewnej.

Redakcya otrzymała: Popielski: Über die physiologische Wirkung und chemische Natur des Sekretins. Gizelt: a) Über den Einfluss des Alkohols auf die sekretorische Tätigkeit der Pankreasdrüse; b) Über den Einfluss des Alkohols auf die Verdauungsfermente des Pankreassaftes. Odbitki z „Zentrlbl. f. Physiol.“ 1906. Godlewski E. jun.: Untersuchungen über die Bastardierung der Echiniden u. Crinoidenfamilie. Odb. z „Arch. f. Entwickelungsmechanik“ 1906. Prof. Pieniążek: 1) Bemerkungen über Asthma bronchiale. Odb. z „Wiener klin. Woch.“ 1905. 2) Zwężenie tchawicy przez ropnie zaprzełykowe. Jessner: Krótki podręcznik chorób skóry, spolszczyli W. Dobrowolski i W. Łuniewski pod redakcyą J. Wojciechowskiego. Warszawa 1906. Str. IV+465. (Biblioteka lekarska R. III. T. XII). Comby: Podręcznik chorób dzieci. Tom I. Spolszczył Józef Zawadzki. Warszawa 1906. XVI+316. (Biblioteka lekarska R. III. Tom XI). Brudziński: Zapalenie opłucnej u dzieci i objaw trojaka. Mogilnicki: Błonicze zapalenie łącznicy oka. Trenkner: Przypadek cirrhosis hepatis cardio-tuberculosa. Odb. z „Czasop. lek.“ 1905.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 28 marca 1906 o godz. 6 wieczorem w *Domu Towarzystwa* (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Kol. T. Żeleński: „Z nowszych zagadnień hematologii klinicznej“. 2) Kol. Surzycki: „Artrytyzm i jego leczenie“. 3) Kol. J. Zanietowski junior: „O wyniku moich 22 prac w stosunku do najnowszych praw i zdobyczy praktycznej elektrobiologii“.

*

Do nabycia we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.